

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LES VAPEURS DE FORMOL  
OU ALDEHYDE FORMIQUE,  
DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE

Par le Dr **DESCHAMPS**, (de Grenoble).

J'emploie, depuis quelques mois, en insufflation dans la trompe d'Eustache, un antiseptique gazeux qui me paraît mériter d'être connu. Cet antiseptique n'est autre que le formol ou aldéhyde formique, dont les propriétés ont été mises en évidence par mon excellent confrère et ami, le Dr Berlioz, professeur de thérapeutique à l'école de médecine de Grenoble.

Un mot d'abord sur ce corps, nouveau venu dans l'arsenal thérapeutique.

Daus différentes notes présentées à la Société de thérapeutique (Janvier 1892), et à l'Académie des sciences (Juin 1892), MM. Trillat et Berlioz ont attiré l'attention sur les propriétés du formol.

Le formol est l'aldéhyde de l'alcool méthylique, sa formule est  $\text{CH}^2\text{O}$ . Il s'obtient par le procédé de M. Trillat, en oxydant des vapeurs d'alcool méthylique en les faisant passer sur du coke incandescent. De cette manière, le corps est obtenu à l'état de solution ; la solution saturée contient 40 pour 100 de formol.

Il résulte des recherches de Berlioz que la dose d'aldéhyde formique, en solution à 40 pour 100, nécessaire pour infertiliser un bouillon de culture, est très faible. Pour le bacille du charbon et pour le bacille d'Eberth 0, gr. 03 pour 1000 suffisent. Par contre, la dose microbicide est très élevée. Autrement dit, une dose considérable de formol en solution doit être employée si on veut détruire les microbes déjà développés dans un bouillon

de culture, et cette dose doit être mise en contact prolongé avec les micro-organismes qu'elle est destinée à détruire ; tandis qu'une dose infinitésimale suffit pour conserver aseptique pendant un temps très prolongé un bouillon non ensemené.

C'est à cause de cette propriété particulière que le corps est impropre à la désinfection chirurgicale sous forme de solution. C'est la première conclusion des recherches du D<sup>r</sup> Berlioz : le formol ne doit être employé en solution que pour infertile un liquide. C'est à ce titre que Valude le recommande en ophtalmologie pour infertile les collyres et empêcher les micro-organismes d'y pulluler.

Dans une note présentée par M. Bouchard à l'Académie des sciences en août 1892, MM. Berlioz et Trillat étudient un autre point, plus intéressant pour nous, de l'histoire du formol, c'est l'action antiseptique des *vapeurs* de ce corps.

Ils constatent que :

- « 1° ces vapeurs se diffusent rapidement dans les tissus animaux qu'ils rendent imputrescibles.
- « 2° elles s'opposent, même en très faible proportion, au développement des bactéries et des organismes inférieurs.
- « 3° elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacilles d'Eberth et de charbon ;
- « 4° les vapeurs ne sont toxiques que lorsqu'on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

Pour démontrer que l'air chargé de vapeurs de formol est microbicide et antiseptique, MM. Berlioz et Trillat suspendent dans un flacon des morceaux de toile d'un centimètre carré imbibés de cultures du bacille d'Eberth et de bactérie charbonneuse. Ils font arriver dans le flacon un courant d'air qui a traversé une solution de formol à 5 pour 100. Toutes les cinq minutes ils retirent un morceau de toile et le transportent dans du bouillon placé à l'étuve. La bactérie charbonneuse est tuée après vingt minutes, le bacille d'Eberth après vingt-cinq minutes d'exposition aux vapeurs de formol. Enfin, le D<sup>r</sup> Berlioz a constaté qu'on peut stériliser le pharynx et les amygdales en respirant pendant une demi-heure le courant d'air barbotant dans la solution de formol à 5 pour 100.

Me basant sur ces expériences, j'ai essayé d'employer le formol en vapeur dans un certain nombre d'affections des fosses nasales, des trompes et des oreilles moyennes.

En passant dans les fosses nasales, l'air chargé de vapeurs de formol provoque un picotement assez fort. Employé au début du coryza aigu, je l'ai vu, de la façon la plus manifeste, enrayer les accidents et provoquer l'avortement du mal. L'expérience faite sur moi-même d'abord, sur d'autres malades ensuite, a donné d'excellents résultats.

J'ai procédé de la manière suivante : une carafe contient une *solution de formol à cinq pour cent*, dose indiquée par Berlioz comme suffisante. Le bouchon de la carafe est traversé par deux tubes de verre ; l'un descend jusqu'au fond du récipient, dans le liquide. L'autre s'arrête immédiatement au niveau du col de la bouteille, dans l'atmosphère qui surmonte la solution. Au premier tube en verre s'adapte une soufflerie de Richardson permettant de faire barboter de l'air dans la solution. Au deuxième tube s'adapte un long conduit en caoutchouc, qui porte, à son autre extrémité, une boule en porcelaine, ou une olive semblable à celle qui termine le siphon de Weber.

Rien de plus facile, avec ce simple appareil que chacun peut improviser, que de prendre une véritable *douche nasale gazeuse*. Comme pour la douche de Weber, le patient ouvre la bouche et respire par la bouche seulement, de manière à ce que le voile du palais se relève et ferme toute communication entre le pharynx et les fosses nasales. La boule de porcelaine est appliquée contre l'entrée de l'une des narines, des pressions sont exercées sur la soufflerie et les fosses nasales sont immédiatement traversées par un courant d'air chargé de vapeurs de formol. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à adapter, à l'extrémité du tube de sortie, un entonnoir à inhalation. Avec ce dernier, les vapeurs sont trop diluées et sont entraînées par la respiration non-seulement dans les fosses nasales, mais dans tout l'arbre respiratoire. Il est vrai que le pouvoir toxique des vapeurs inhalées est très faible, mais encore est-il inutile d'agir sur les parties non malades, et la question de la dilution trop grande des vapeurs a-t-elle son importance. Par cette douche nasale gazeuse, exactement com-

parable à la douche liquide de Weber, j'ai pu, dis-je, enrayer très rapidement des coryzas débutants.

Dans certains coryzas chroniques simples, avec hypertrophie légère de la muqueuse, j'ai obtenu aussi des améliorations manifestes, qui m'ont permis d'éviter des cautérisations au galvanocautère, lesquelles ne sont pas toujours sans inconvénients. Ces cautérisations ont en effet le tort de détruire la muqueuse et peut-être a-t-on eu, dans ces dernières années, une tendance à en abuser. Un moyen qui permet de s'en dispenser quelquefois doit donc être le bienvenu.

Je répète qu'en traversant les fosses nasales, les vapeurs de formol provoquent un picotement violent. C'est un obstacle qui empêche quelquefois les malades d'accepter la médication.

Où j'ai employé avec le plus de succès les vapeurs de formol, c'est dans les cas de catarrhe subaigu de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne non encore accompagné d'adhérences du tympan aux parois de la caisse et d'ankylose des osselets.

Le cathétérisme de la trompe n'est plus considéré aujourd'hui comme la panacée guérissant toutes les otites moyennes. Le spécialiste n'applique plus, comme autrefois, cet unique remède à toutes les surdités liées à une maladie de la caisse du tympan. Depuis que l'étude des végétations adénoïdes du pharynx nasal a été faite, on arrive souvent à un résultat bien meilleur avec une seule séance de raclage qu'avec des cathétérismes longtemps répétés; tous les spécialistes savent aussi combien, dans les otites moyennes scléreuses sèches, les insufflations d'air sous pression dans la trompe ont peu d'influence sur la marche du mal. Il faut donc avoir recours aux séances de cathétérisme des trompes dans un nombre de cas restreint.

Mais je pense que l'exagération n'est bonne en rien, et que le cathétérisme régulier et répété des trompes est quelquefois laissé à tort de côté, au grand détriment du malade.

A la recherche du nouveau, de l'inédit, de ce que n'a pas encore fait ou pas encore tenté le médecin ordinaire, le spécialiste néglige quelquefois ce moyen qui n'a plus le don d'étonner le malade. Cependant, combien de fois n'ai-je pas eu à me louer d'une amélioration flagrante obtenue par une série de

cathétérismes accompagnés d'instillations antiseptiques, dans des cas où j'avais hésité à les entreprendre !

Je pense donc que dans les formes catarrhales d'otite moyenne, il est utile de faire des cathétérismes répétés des trompes, pour y faire pénétrer des substances antiseptiques. Les vapeurs du formol constituent un antiseptique gazeux, facile à employer dans ces cas.

Lancées avec l'appareil à barbotage que j'ai décrit tout à l'heure, appareil dans lequel on substitue la sonde d'Itard à la boule de porcelaine, ces vapeurs pénètrent dans la trompe et dans la caisse, sous forme de courant gazeux.

La sensation qu'elles provoquent est quelquefois un peu pénible. Il se produit une sorte de cuisson ou de brûlure qui n'est très accentuée que dans les cas rares où l'oreille est très *sensible*, comme disent les malades.

L'air chargé de vapeurs antiseptiques, non-seulement pénètre dans la caisse, mais baigne en sortant le pharynx nasal et toutes les parties voisines, qui sont ordinairement malades et qui ont été le point de départ de l'otite dans la grande majorité des cas. J'ai même ordinairement soin de diriger dans tous les sens, dans le pharynx nasal, ce jet de vapeurs antiseptiques, au moment où je retire l'extrémité de la sonde de l'orifice tubaire.

Je pourrais citer ici en détail un certain nombre d'observations que je possède et qui démontrent l'utilité du remède que je préconise, mais je pense que ces observations banales n'ajouteraient rien à mon dire. J'ai pour but seulement d'attirer, si possible, l'attention des spécialistes sur l'utilité d'un corps trop peu connu et trop peu employé à mon avis, corps qui possède le grand avantage d'être un bon antiseptique gazeux. Je serai heureux si j'ai pu réussir par cette courte note à provoquer quelques recherches dans le sens indiqué.

On pourrait aussi, je pense, avec avantage, recourir aux inhalations de formol dans différentes formes de laryngite et dans la bronchite des grosses bronches. Le Dr Berlioz m'a cité plusieurs cas de laryngite catarrhale caractérisées par un peu d'enrouement qui ont été merveilleusement guéries par quelques inhalations de vapeurs de formol. Les chanteurs

et les orateurs en particulier peuvent, au dire de Berlioz, retirer souvent, dans ces cas d'enrouement léger professionnels, un grand avantage de la médication. Dans ces cas, le formol n'agit pas uniquement comme antiseptique, mais encore comme astringent et, si je puis m'exprimer ainsi, comme tonique des cordes vocales.

---

## 11

TRAITEMENT CHIRURGICAL  
DE LA PHITISIE LARYNGEE

Rapport fait à la Section de laryngologie du 11<sup>e</sup> Congrès international  
(Congrès de Rome)

Par le Dr **GOUGUENHEIM**  
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

## I

Invité par notre savant confrère, le Professeur Massei, à m'entendre avec les Dr<sup>s</sup> Heryng, de Varsovie, et Lennox Browne, de Londres, pour apporter devant la Section le résultat des recherches entreprises à ce sujet dans les différentes parties du monde, je dois déclarer, dès le début de cette communication, que ces pourparlers n'ont pu aboutir.

Le Dr Heryng avait proposé de partager la tâche en plusieurs parties: 1<sup>o</sup> traitement local par les différents topiques; 2<sup>o</sup> électrolyse et galvano-caustique; 3<sup>o</sup> traitement chirurgical proprement dit; (*résections plus ou moins étendues de la muqueuse malade au moyen de curettes simples ou doubles*).

Le Dr Lennox Browne préféra traiter le sujet suivant ses convenances personnelles et sans être limité dans la tâche qu'on lui proposait; et de mon côté, après ce refus de collaboration,

j'estimai qu'il valait mieux nous tenir sur le terrain du traitement chirurgical proprement dit, car cette méthode, la plus moderne, celle dont les résultats étaient les plus encourageants, me semblait intéresser tout particulièrement les laryngologistes. Car que dire de vraiment nouveau sur le traitement local par les différents topiques ? Fallait-il recommencer l'énumération de ces innombrables médicaments avec les opinions si variées de tous les spécialistes, vantant les uns, dépréciant les autres, et apportant pour les besoins de leur cause, des observations incomplètes et presque jamais concluantes. Il n'est pas une de nos réunions dans lesquelles ces apologies ou ces critiques n'aient été présentées, je ne vous apprendrais rien à ce sujet ; les pages que je pourrais écrire seraient très nombreuses, mais le peu d'intérêt qu'elles susciteraient ne mériterait pas que je vous inflige une aussi longue et aussi fastidieuse énumération. Ce n'est pas que j'émette l'opinion que ce traitement a fait son temps, loin de là ! les services qu'il nous rend journellement, l'application facile qui peut en être faite, non seulement par les laryngologistes, mais aussi par les médecins moins familiarisés avec la pratique laryngologique, en feront toujours un auxiliaire précieux du traitement interne et je puis me pénétrer de sa réelle action en voyant arriver au pansement de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière de nombreux malades que ce traitement externe améliore et prolonge.

Mais il est des symptômes graves que cette thérapeutique élémentaire ne peut modifier, et c'est alors que peut intervenir avec succès le traitement chirurgical, traitement qui ne peut être appliqué que par le praticien expérimenté ; ce traitement, pour réussir, doit répondre à certaines indications ; c'est la discussion de ces indications et c'est la pratique opératoire consécutive que nous devons étudier avec soin ; c'est, il me semble, un côté peu banal de notre spécialité qui nécessite une discussion très approfondie, et cette intéressante discussion ne saurait être mieux faite que devant une réunion de médecins aussi compétents que ceux de la Section de laryngologie du Congrès international de 1894.

## II

Faut-il, dans ce traitement chirurgical, faire une part assez large à la pratique électrolytique et galvanocaustique ? Je ne le crois pas ; l'*électrolyse* qui a été recommandée il y a quelques années par notre savant collègue le Dr Heryng, ne parait pas avoir fait suffisamment ses preuves et elle n'a pas rencontré jusqu'ici de nombreux adhérents ; cela vient-il de la durée de son application, qui la rend un moyen difficilement applicable au larynx, cela vient-il de la difficulté de mesurer la force électrique nécessaire, nous ne saurions le dire ; entre nos mains elle n'a pas été d'un emploi très facile et je dois dire qu'elle n'a pas été expérimentée par de nombreux médecins ; nous ne saurions affirmer les avantages de cette méthode.

La *galvanocaustique* a été employée par nous à une époque où le traitement chirurgical par les curettes n'avait pas encore été tenté, j'en ai observé de bons résultats dans quelques cas, mais j'ai été témoin aussi de nombreux succès ; de toute façon, je puis assurer que son action est beaucoup moins efficace que celle du traitement chirurgical au moyen de curettes ; l'escharre qui en est la suite disparaît lentement, de nombreuses séances sont indispensables, et tel n'est pas le cas de la méthode que nous allons discuter devant vous.

La *trachéotomie*, recommandée par les uns, attaquée violemment par d'autres, devra-t-elle faire partie de notre programme ? Disons tout de suite que la trachéotomie n'est pas un moyen curateur de la phthisie laryngée, elle n'a pour but que de parer à des accidents dyspnéiques graves, mais elle n'en a pas d'autres, toutefois elle pourra rendre de grands services dans la méthode que nous allons exposer, à condition de n'être que le prélude du traitement chirurgical du larynx, qu'elle facilitera quelquefois en écartant toute crainte de dyspnée du fait de l'intervention sur le larynx. Quelques-uns de nos malades étaient trachéotomisés. Nous aurions certainement des choses très intéressantes à dire à propos de la trachéotomie, et

sur la manière nouvelle et inoffensive dont nous la pratiquons, mais nous répétons que ce moyen de traitement peut ne pas faire partie du traitement chirurgical de la phtisie laryngée et qu'il n'en est d'ailleurs que l'auxiliaire dans quelques cas.

### III

*Traitement chirurgical de la phtisie laryngée.* — Il y a 12 ans que Moritz Schmidt, de Francfort, proposa de traiter la tuberculose du larynx par des sections profondes du tissu pathologique. Cette thérapeutique, défendue avec talent par l'auteur au Congrès de laryngologie de Milan en 1881, n'eut pas un grand retentissement. Quelques années plus tard, notre savant collègue Heryng, de Varsovie, introduisait l'emploi de la curette simple dans le traitement de la tuberculose du larynx. En 1887 j'eus l'honneur d'apporter, à la tribune de la Société médicale des hôpitaux de Paris, les premiers résultats de la pratique de notre confrère ; à peu près en même temps, M. Krause, de Berlin, entreprenait cette thérapeutique et il se servait, non-seulement d'une curette simple, mais d'un instrument qu'il appela la double curette, et qui était plus propre à l'extirpation des tissus malades que la curette simple ; en même temps je commençais mes recherches, et après avoir échoué dans mes premières tentatives avec la curette simple, je fis construire, par la maison Mathieu de Paris, un instrument que j'appelais un *emporte-pièce* et qui s'adaptait au manche de Störk et de Schrötter, instrument absolument semblable à celui de Krause, dont j'ignorais l'existence ; quand Krause vint à Paris en 1889, il fut surpris, en visitant ma collection d'instruments, de trouver cet emporte-pièce, plus petit que sa double curette, mais d'une construction analogue. Plus tard, encouragé par les succès opératoires que me procurait l'emploi de ma pince coupante, dans le traitement des polypes et néoplasmes laryngiens, je fis construire un instrument de forme semblable au bout duquel je remplaçai la

pince par mon emporte-pièce, auquel je donnai une dimension plus grande qui me permettait d'extirper des morceaux plus considérables de tissu pathologique et même des fragments de cartilage.

Ce modèle n'a plus varié depuis.

Je maintins toujours l'emploi de la curette simple, et le modèle de curette simple dont je me sers m'a paru plus commode que celui de Heryng, ce modèle me permettant d'appliquer la curette, dans la direction nécessaire, sans l'intervention d'un pas de vis, qui ne donne pas toujours la fixité nécessaire. J'employai concurremment les trois instruments, emporte-pièce, curette simple, pince coupante dans la thérapeutique chirurgicale de la phtisie laryngée.

#### IV

Ce traitement, je dois le dire, n'a pas rencontré la faveur des médecins parisiens. La thérapeutique chirurgicale de la phtisie laryngée, compagne si habituelle d'une tuberculose pulmonaire, souvent assez avancée, a été considérée comme une énormité : *disons que la question a été mal posée*, car la prétention de guérir radicalement un organe aussi malade est difficile à soutenir, surtout quand la tuberculose pulmonaire a déjà fait des progrès sérieux, et les statistiques de nos confrères, où il n'est guère question que de survie plus ou moins longue, n'étaient pas non plus encourageantes pour la propagation de ce moyen de traitement à titre de thérapeutique curative. Il est difficile aussi d'affirmer que le traitement chirurgical peut attaquer aisément toutes les parties du larynx ; les ventricules, les cordes vocales supérieures, par exemple, localisation si commune de la tuberculose du larynx, ne sont pas faciles à atteindre avec les instruments du traitement. Enfin l'état général médiocre, la coïncidence presque constante de la tuberculose pulmonaire, plaident malheureusement contre tout espoir de guérison définitive.

Mais si l'on veut bien admettre que le tuberculeux qui ne

peut s'alimenter en raison des douleurs intolérables que suscite chez beaucoup de malades le passage des aliments, qui ne peut s'aérer en raison des obstacles que le passage de l'air rencontre à l'entrée du larynx, est menacé à bref délai par l'inexécution de ces deux fonctions capitales, il est légitime de rechercher les moyens de combattre ces causes de déchéance rapide.

Nous avons bien contre la dyspnée la ressource de la trachéotomie, mais si le malade est affranchi de ce grave danger par cette opération, il n'est pas à l'abri de la dysphagie et c'est pour lui permettre de s'alimenter que nous devons recourir au traitement chirurgical, le seul qui nous permette de lutter avec succès contre les suites de l'inanition et de relever par là les forces des malades qui, grâce à cette intervention, ont pu quitter nos salles en assez bon état pour reprendre leurs occupations. Jamais les anesthésiques si connus si vulgairement employés, la cocaïne et le menthol, n'ont pu nous donner des résultats thérapeutiques aussi rapides, aussi efficaces et aussi prolongés.

## V

Quand on a l'occasion d'examiner histologiquement le tissu tuberculeux qui constitue les masses aryténoïdiennes que l'on rencontre si communément dans la phtisie laryngée, il est facile de se rendre compte de la cause de la dysphagie si tenace et si rebelle à toute application topique.

Il y a dix ans déjà, nous avons constaté avec mon collègue Balzer les lésions nerveuses qui nous semblaient expliquer la cause de dysphagie si opiniâtre des malheureux phtisiques. Cette année, j'ai entrepris de nouveau ces recherches avec l'aide de mon interne, M. Michel Dansac, dont l'habileté histologique est au-dessus de toute constatation et je puis vous montrer les désordres très graves survenus dans la texture des nerfs.

NOTE DE M. MICHEL DANSAG

*Recherches sur l'état des nerfs dans les aryténoïdites tuberculeuses  
et dans les moignons de cicatrice après ablation chirurgicale.*

C'est à MM. Gouguenheim et Balzer que revient l'honneur d'avoir décrit les premiers les lésions nerveuses des tissus endolaryngés dans la tuberculose laryngée.

En 1883 et à plusieurs reprises, M. le Docteur Gouguenheim montrait l'importance et le rôle des filets nerveux pathologiques dans les accidents dyspnéiques et dysphagiques. C'est à lui qu'on doit surtout le démembrement précis de toutes les affections autrefois confondues et réunies sous le nom d'œdème de la glotte.

Reprenant cette année, sur les conseils de notre maître, cette étude des aryténoïdites, nous avons recherché la nature histologique des lésions nerveuses.

En fixant dans notre liquide micro-chromonitrique les fragments dès leur ablation, nous avons obtenu grâce à une nouvelle technique des résultats inattendus,

En effet, jusqu'à présent, tous les auteurs n'ont porté leur attention que sur la myéline ou la dégénérescence wallérienne. Seul, M. Gombault, récemment, faisait remarquer l'oubli constant du cylindre-axe et nous pouvons confirmer aujourd'hui ce qu'il disait nettement en 1889, à savoir qu'il n'existe pas de corrélation constante et nécessaire entre l'état de la myéline et celui du cylindre-axe.

Les techniques employées le plus habituellement, c'est-à-dire celles de Weigert et de Golgi nous avaient donné des résultats négatifs ou à peu près.

Tout au plus pouvait-on constater quelques rares gaines de myéline, vides de cylindre-axe, fragmentée ou interrompue. Dans tous les cas, ces lésions myéliniques étaient accompagnées de lésions conjonctives de périnévrile entièrement conformes à celles décrites par MM. Gouguenheim et Balzer.

Cette rareté des nerfs nous semblait tellement en désaccord avec les phénomènes dyspnéiques et dysphagiques, ainsi qu'avec l'hypertrophie des tissus laryngés, que laissant de côté ces dernières techniques, nous nous sommes adressés aux méthodes de Sahli (bleu de méthylène) ou de Dogiel ou encore à d'autres ma-

tières colorantes telles que la négrosine et surtout le chlorure d'or dont l'action porte surtout comme on sait sur le cylindre-axe. Ce dernier réactif, employé selon les principes de M. Ranvier, nous montra une richesse de nerfs extraordinaire. L'abondance en était telle, que nous méfiant de l'action concomitante de l'or sur la fibrine, les parois vasculaires et le tissu amorphe de soutènement, nous avons cherché à différencier, par un procédé spécial, l'imprégnation du cylindre-axe de celle de ces derniers éléments. On trouvera les résultats complets de ces examens histologiques ainsi que les descriptions avec la méthode dans les *Bulletins de la société anatomique* (octobre et novembre 1893) et dans les *Annales des maladies de l'oreille* de MM. Gouguenheim et Lermoyez (décembre 1893). Résumant les notions qu'ils renferment, nous dirons qu'à côté des rares lésions myéliniques, existe toujours une prolifération des terminaisons nerveuses, des filets nerveux périphériques, en un mot, pour mieux dire un véritable névrome de régénération. La prolifération nerveuse est d'autant plus abondante que le processus tuberculeux avec ses lésions caractéristiques est plus prononcé. Le centre du tubercule en voie d'organisation, le pourtour des acinis glandulaires envahis par le bacille, la périphérie des nodules tuberculeux fibreux, sont constitués sur nos coupes essentiellement par des éléments cylindre-axiles. Ces derniers hypertrophiés, tuméfiés, guident et ordonnent la sclérose inflammatoire, toujours proportionnelle à la richesse et à l'abondance des cylindre-axes. Il est donc facile de concevoir que la périnévrte décrite par M. Balzer comme la seule lésion caractéristique, n'est en réalité que la sclérose secondaire à la prolifération nerveuse cylindre axile. Il s'agit, en réalité, comme nous l'avons dit, d'un pseudo-névrome, c'est-à-dire d'une lésion participant à la fois aux caractères des tumeurs proprement dites (hyperplasies nerveuses) et des inflammations. L'hypertrophie et la multiplicité des cylindre-axes, jusque dans leurs plus fines terminaisons nerveuses superficielles, nous expliquent pourquoi, dans certaines aryténoïdites, l'hyperesthésie est si prononcée en même temps que les tissus de cette région sont hypertrophiés parfois au point de simuler un œdème glottique. Elles nous expliquent aussi comment l'ablation de cette production nerveuse hyperplasique d'origine inflammatoire et infectieuse est suivie de la disparition immédiate et définitive de la dyspnée et de la dysphagie, qui dépendent directement de l'excitation permanente ou temporaire des filets hyperplasiés et proliférants.

Ces altérations nerveuses ne doivent pas être constamment aussi caractérisées, car les masses tuberculeuses aryéno-épiglottiques ne sont pas toujours accompagnées d'une dysphagie aussi violente. Chez certains malades, par contre, la dysphagie apparaît même quand ce tissu n'est pas tuméfié outre mesure.

Nous avons été frappés de l'apaisement que le traitement chirurgical apportait presque toujours dans les souffrances des malades, et en même temps que les douleurs s'atténuaient et disparaissaient, la respiration s'accomplissait avec bien plus de facilité, l'air entrant copieusement dans les voies respiratoires, et chose encore plus intéressante, la voix elle-même sortait avec un timbre, inconnu auparavant, pourvu que les cordes vocales ne fussent pas trop altérées.

## VI

Le mode opératoire que nous employons est d'une simplicité d'application qui a toujours frappé les nombreux médecins qui nous ont fait l'honneur de fréquenter la Clinique de l'hôpital Lariboisière.

L'anesthésie préalable du larynx est habituellement pratiquée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne très forte de  $\frac{1}{3}$  ou 33 pour 100. Celle du pharynx et de la base de la langue est faite aussi avec le plus grand soin, de manière à ce que l'attraction de la langue hors de la bouche soit aisée et que l'application du miroir laryngoscopique soit facilement tolérée. Alors on place l'emporte-pièce antéro-postérieur, une branche en arrière de la région aryénoïdienne et l'autre branche en dedans du larynx ; ce mouvement doit être surveillé avec soin et quand on s'est assuré que la région malade est bien saisie par les deux mors de l'instrument, il ne reste plus qu'à serrer fortement pour faire la section des tissus, qui est habituellement facile, si l'instrument coupe bien. L'hémorrhagie consécutive est fort peu abondante, la douleur de l'opération à peu près nulle ; il est quelquefois possible d'opérer aussitôt l'au-

tre côté; dès que la pince est retirée, on peut voir la cavité de l'emporte-pièce comblée par une masse de tissu qui débordé de l'instrument. Ce tissu était aussitôt mis dans le liquide approprié à l'examen histologique.

Après l'opération le malade avale de la glace pendant un certain temps, 15 à 30 minutes, l'hémorrhagie s'arrête très vite.

Il m'est arrivé, plus d'une fois, de pratiquer ces opérations chez des malades du dehors, sans avoir jamais vu survenir aucun trouble respiratoire, et je suis convaincu d'avoir pu éviter la trachéotomie dans quelques cas. Toutefois j'ai toujours préféré hospitaliser les malades pour pouvoir faire plus fréquemment les pansements quotidiens que je trouve indispensables; j'emploie depuis 2 à 3 ans le naphtol camphré (2 de camphre, 1 de naphtol  $\beta$ ) pour panser la plaie et je fais les pansements tous les jours.

Dès le lendemain de l'opération, ordinairement, la dysphagie est apaisée et elle disparaît assez rapidement pour permettre d'alimenter et de médicamenter convenablement les malades.

Rien n'est aussi prompt que la cicatrisation de ces plaies; au bout de deux semaines, rarement davantage, les plaies ne suppurent plus et la cicatrisation est achevée en trois ou quatre semaines au plus. La place de la plaie prend un aspect légèrement rouge, et cette couleur rouge qu'elle présente est à peu près normale; au laryngoscope il est difficile de voir le tissu cicatriciel.

Rarement le malade succombe peu après l'opération, à moins que la cachexie tuberculeuse ne soit trop avancée, et même dans les cas de ce genre où j'ai dû intervenir, le soulagement a été très net et les souffrances du malheureux patient ont pris fin.

Il n'est pas habituellement nécessaire de recourir à plusieurs séances opératoires, mais on peut parfois être obligé de réséquer quelques lambeaux flottant dans le larynx, ce qui est aisé au moyen de ma pince coupante.

## VII

Je viens de parler de la résection de la région aryténoïdienne ou *aryténoïdectomie* chez les dysphagiques tuberculeux, au moyen de la double curette de Krause ou de mon emporte-pièce ; je rappellerai qu'à propos de l'appréciation du traitement chirurgical de la phtisie laryngée, j'avais dit que cette thérapeutique avait peu pénétré dans la pratique des spécialistes parce que l'indication opératoire avait été mal posée ; mais est-ce qu'une des médications quelconques vantées contre la phtisie laryngée a jamais eu la prétention d'être radicalement curative ? Ne répondait-elle pas plutôt à une des nombreuses et pressantes indications qui se présentent dans le cours de cette grave maladie ? Alors pourquoi ne pas vouloir admettre la pratique chirurgicale comme indiquée par un des signes les plus graves de la phtisie laryngée, la dysphagie, d'autant plus que l'histologie nous explique de la façon la plus concluante pourquoi ce moyen héroïque apaise aussi rapidement un symptôme si insupportable. Poser la question du traitement chirurgical de cette façon aidera certainement plus à sa solution que l'affirmation de la guérison de la phtisie laryngée. Est-il possible d'espérer cette guérison radicale ? C'est si rare qu'il serait bien imprudent de défendre la question dans ces conditions ; pourtant les recherches d'Heryng étaient encourageantes à ce point de vue : mais l'ablation de toutes les parties ulcérées et tuméfiées du larynx n'est pas facile et quelque soin que l'on puisse mettre à cette opération, j'ai déjà dit que certaines parties échapperaient à l'action de la curette, les ventricules ou les cordes vocales supérieures, par exemple, qui sont si souvent altérés par la tuberculose. Quand, à la suite des premières conclusions d'Heryng, j'avais entrepris, je le rappelle, d'attaquer la phtisie laryngée par le curettage des diverses parties du larynx, au moyen de la simple curette, non seulement je ne réussis pas, mais mes expériences ne laissaient pas quelquefois d'être assez dangereuses, au point de vue respiratoire, et je dus y renoncer.

Je ne commençai à réussir que lorsque je décidai de ne combattre que les symptômes dangereux pour la vie du malade, et la dysphagie est certainement le plus grave qui puisse menacer les jours du malheureux phtisique. J'ai dit plus haut qu'en triomphant de la dysphagie, j'avais diminué sensiblement la dyspnée et quelquefois même j'avais amélioré la voix.

## VIII

Il est pourtant, dans la phtisie laryngée, des lésions localisées sur certaines parties et que l'emporte-pièce ne peut guère modifier, car il ne s'y adapte pas aisément ; la saisie de ces parties est difficile par cet instrument et j'ai dû recourir alors aux curettes simples : j'ai préféré me servir de curettes fixes, ne pouvant être modifiées, dans leur situation, par un tour de vis, car ces changements de situation qui sont très faciles avant l'introduction de l'instrument dans le larynx, n'ont pas de fixité après ce moment. J'ai donc fait construire une curette à section antérieure, une à section postérieure (c'est celle dont je me sers le plus fréquemment) et deux à section latérale ; pour les cordes vocales, surtout. La cocaïnisation doit être faite très soigneusement comme pour l'aryténoïdectomie et l'instrument introduit dans le larynx doit être placé au-dessous de la glotte ; par un mouvement rapide et vigoureux de bas en haut, on racle la paroi du larynx et la partie enlevée, pour peu qu'elle soit légèrement volumineuse, est rejetée immédiatement par l'expectoration et reste rarement entre les branches de la curette. Ce mode d'intervention est employé surtout contre la pachydermie des tuberculeux, lésion beaucoup moins grave que les infiltrations aryténo-épiglottiques, parce que l'état général est moins altéré et que les lésions pulmonaires sont moins avancées habituellement.

La respiration peut bien aussi être gênée par les productions morbides de la face postérieure du larynx, qui constituent la pachydermie, mais c'est surtout la voix qui est altérée et rien n'est aussi intéressant que le retour de cette fonction, après l'intervention que je viens de décrire.

## IX

C'est surtout contre la dysphagie, contre la dyspnée et contre l'aphonie que j'ai la prétention d'agir par les moyens chirurgicaux que je viens de décrire.

Comme on pourra le voir d'après la statistique que je vais présenter, nos malades peuvent être tellement améliorés par ce traitement que ceux qui sont hospitalisés, même après trachéotomie, ont pu quitter nos salles, se trouvant assez vigoureux pour pouvoir travailler de nouveau, je n'ai donc pas à présenter autant d'autopsies que de malades en traitement, mais malheureusement la situation sociale de ces infortunés ne peut leur permettre d'aspirer au retour définitif de la santé, soit qu'ils désirent recommencer leurs occupations, soit qu'au sortir de nos hôpitaux ils soient obligés de vivre dans les conditions les plus insalubres et les plus contraaires à l'hygiène qui leur serait si nécessaire.

J'ai rarement vu succomber nos malades après l'opération à moins que la cachexie ne fût trop avancée ; quant à ceux qui ont été assez améliorés pour se croire guéris, et que j'ai eu la bonne fortune de suivre et de panser à ma consultation externe, je les ai vus durer assez longtemps, quelques mois à une année et même davantage, c'est seulement dans ces derniers temps que le hasard d'une autopsie m'a permis de constater la durée de la guérison de l'affection laryngienne et d'examiner histologiquement le tissu de la cicatrice, comme Heryng a pu le faire de son côté.

Malgré des succès incontestés et encourageants, comment se fait-il que cette pratique ne puisse se répandre davantage chez les malades aisés de la ville ? Je crois, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, que cela tient à ce que la question a été mal présentée au public médical.

Le traitement chirurgical de la phthisie laryngée peut contribuer à la guérison de la tuberculose en améliorant la situation d'un organe très malade, mais il peut surtout arriver à ce résultat en faisant disparaître la dysphagie et la dyspnée,

c'est-à-dire en permettant aux malades de s'alimenter et de respirer, et c'est déjà un assez grand résultat pour permettre à cette méthode de ne pas être accueillie par l'indifférence.

Je ne discuterai pas dans cet exposé les méthodes plus radicales telles que laryngo fissure, laryngotomie, laryngectomie ; les moyens de discussion me manquent pour apprécier ces modes extraordinaires de traitement, et je préfère m'en abstenir, ne me reconnaissant pour cela, actuellement, ni expérience directe, ni indirecte.

M. le Docteur Castex a défendu tout récemment devant la Société française de laryngologie et d'otologie ces derniers modes de traitement, mais il n'a pas apporté à l'appui de cette thèse des documents assez convaincants, ni assez nombreux.

## X

C'est en 1890 que j'ai réellement commencé le traitement chirurgical à l'aide des deux instruments que j'ai décrits plus haut, l'emporte-pièce monté sur des branches à anneaux et la curette simple à direction variable suivant les cas. Avant cette époque j'avais déjà essayé de traiter quelques malades, mais soit que mon premier emporte-pièce fût trop exigü, soit que le curettage s'adressât à des portions de l'organe trop difficiles à modifier, je ne réussis pas. En 1890 et 1891, j'observai des faits très encourageants, mais alors je n'avais pas osé généraliser la méthode, comme je le fis depuis, et je ne recueillis pas les observations.

C'est seulement en 1892 que mon interne, M. le Docteur Hélaréy décida à faire de cette thérapeutique l'objet de sa thèse inaugurale, rassembla un certain nombre de faits. A la clinique de Lariboisière le nombre dépassa vingt-cinq.

En 1893 je continuai la thérapeutique qui fut acceptée par les malades avec la plus grande confiance, en raison des succès qu'ils pouvaient constater chez leurs voisins. Le nombre des patients tant aryénoïdectomisés que curettés simplement s'élève actuellement à plus de 86 pendant les deux années qui viennent de s'écouler.

La plupart de nos malades, très améliorés, purent quitter nos salles dans un état relativement satisfaisant, un certain nombre renouvelèrent leur séjour au bout d'un temps plus ou moins long, un très petit nombre succombèrent peu de temps après l'opération.

Nos autopsies ne furent pas très nombreuses parce que nos clients purent pour la plupart quitter le service.

Ce qui frappe à la lecture de ces observations c'est la disparition de la dysphagie quelquefois très rapidement, d'autres fois un peu plus lentement, mais je puis le dire, constamment.

Des malades qui étaient dans l'impossibilité de s'alimenter, pouvaient en quelques jours avaler avec une facilité vraiment surprenante des aliments volumineux.

Enfin, chez quelques-uns, la dyspnée et l'aphonie disparaissaient, surtout la dyspnée, et les opérés pouvaient quitter leur lit et se promener dans la salle et dans l'hôpital, si la température le permettait.

Le séjour dans l'hôpital n'était pas toujours nécessaire, mais il était préférable en raison de la nécessité des pansements journaliers consécutifs aux manœuvres opératoires. Ce séjour a été plus fréquent de la part des malades aryténoïdectomisés, que de ceux simplement curettés pour détruire les masses pachydermiques de la face postérieure du larynx.

Les aryténoïdectomies presque toujours doubles ont été au nombre de 58 environ, le traitement, avec séjour des malades dans les salles de l'hôpital, a été de 47.

Les malades traités à la consultation et retournant chez eux a été de 11.

Le nombre de ceux qui se trouvaient guéris, affirmaient-ils, était de 25.

Ceux qui étaient très améliorés ont été de 30.

Je trouve même dans mes notes 5 cas chez lesquels l'amélioration s'est conservée et les malades sont revenus nous voir au bout de plus d'une année.

Parmi ceux qui ont été améliorés variablement, nous avons eu quelques décès par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire. Tous nos aryténoïdectomisés avaient des lésions pulmonaires au deuxième degré, quelquefois plus avancées.

Les *pachydermiques* que nous avons traités au moyen de la curette simple étaient au nombre de 27 pendant les deux années 1892 et 1893.

Dans ce nombre, 13 ont subi le traitement à la consultation, 14 ont séjourné dans nos salles.

Chez 7 de ces malades, la voix revint d'une manière très nette, chez 10 l'amélioration fut très notable.

Chez les autres, on ne constata aucun changement et quelques-uns succombèrent aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Tous les *pachydermiques* que nous opérâmes avaient des lésions pulmonaires sérieuses.

*Examen de la cicatrice d'une aryténoïdite tuberculeuse*  
par M. MICHEL DANSAC.

---

Le tissu cicatriciel est composé de fibres conjonctives adultes, entremêlées de très rares fascicules normaux, sans hypertrophie, sans tendance à la prolifération. On ne trouve pas de nodules fibreux constitués par des fibres *concentriques* et rien ne permettrait de diagnostiquer une lésion tuberculeuse guérie, si l'on s'en tenait au seul examen de quelques coupes. Les glandes sont détruites, bien que par place on puisse observer des acinis très petits, régénérés, formant des grappes allongées et parallèles à la direction des fibres.

Aucun des filets nerveux ne présente de lésions, soit de péri-névrite, soit de névrite segmentaire ; les fibres de Remak pathologiques, si nombreuses et si nettes sur les coupes de pseudo-névrome, soit, au contraire, absentes sur toutes les coupes.

---

### III

## DE L'ÉPITHÉLIOMA GLOTTIQUE PRIMITIF ET EN PARTICULIER DE L'ÉPITHÉLIOMA LOCAL RÉCIDIVANT

Par **A. Michel DANSAC**

Interne des hôpitaux

et de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

Il est un groupe de tumeurs malignes du larynx, bien connu dans les services de chirurgie courante, où on l'observe fréquemment. C'est la forme d'épithélioma débutant sur la face postérieure de l'organe de la voix ou sur l'œsophage et le pharynx, n'envahissant que secondairement la cavité laryngienne proprement dite. Krishaber avait déjà eu soin de séparer cette classe de néoplasies des cancers proprement dits du larynx, qu'il limitait aux tumeurs malignes débutant par tout autre point que la face aryénoïdienne. Mais il n'était pas allé plus loin dans sa classification. Nous pensons qu'on peut préciser aujourd'hui la distinction entrevue par Krishaber et diviser les tumeurs malignes du larynx en extrinsèques et intrinsèques. Parmi ces dernières, il nous semble qu'on a jusqu'ici laissé trop dans l'ombre le siège de la néoplasie à son début.

Nous n'avons trouvé établie nulle part une différenciation nette et précise entre l'épithélioma primitif de la glotte et tout autre épithélioma primitif de la cavité laryngée. On sait cependant que les épithéliums de revêtement de la muqueuse sont dissemblables suivant les points où on les observe. Ainsi, pavimenteux au niveau de la glotte, l'épithélium est cylindrique partout ailleurs. Il était donc naturel de penser qu'à

des types normaux différents correspondraient des manifestations morbides diverses. L'événement nous a donné raison.

Les tumeurs qui font l'objet de cette étude et sur lesquelles nous avons pratiqué nos examens histologiques proviennent du Service laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Notre excellent maître M. Gouguenheim, qui nous a guidé dans ce travail, a bien voulu mettre à notre disposition tous les éléments nécessaires pour le mener à bien. Nous tenons à l'en remercier avant d'entrer plus avant dans notre sujet.

Nous allons nous occuper ici de l'épithélioma primitif de la glotte et nous dirons que la description de cette forme de tumeur est d'autant mieux à sa place dans ce recueil que son traitement purement local relève presque exclusivement du spécialiste. En effet, l'épithélioma primitif de la glotte naît sur les cordes vocales aux dépens de l'épithélium de revêtement ou aux dépens des glandes. Il garde en son évolution un caractère nettement local sans généralisation, sans envahissement des tissus extrinsèques ni des ganglions des régions sus et sous hyoïdiennes. On voit ainsi combien il diffère de l'épithélioma chirurgical, qui lui se propage rapidement aux tissus voisins, amène la tuméfaction ganglionnaire et conduit à la cachexie. Et cependant ces deux classes de tumeurs si diverses dans leur forme, dans leur siège, dans leur marche ont un trait commun qui les relie et permet de les classer dans le groupe des tumeurs malignes les unes et les autres, alors qu'il y a entre elles des différences si profondes. En effet, dans l'épithélioma chirurgical aussi bien que dans l'épithélioma glottique local on trouve à l'examen du sang une leucocytose plus ou moins prononcée et surtout *des érythrocytes ou globules à noyaux atypiques*. Ce point est capital.

Peut-être toute la discussion qui a porté sur la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes aurait-elle pu être éclaircie si l'on avait pu au début de la première ablation d'une tumeur que l'on croyait bénigne pratiquer l'examen du sang. On aurait pu voir ainsi, du moins nous le pensons, que tel papillome, telle tumeur bénigne, en apparence, n'était que la première manifestation d'une malignité que les récidives successives n'ont rendu que tardivement

manifeste alors que la présence des globules embryonnaires eût d'emblée décelé leur véritable caractère. Nous ne saurions donc trop recommander l'examen du sang lorsque le moindre doute surgit dans l'esprit des cliniciens. Hâtons-nous de dire que notre maître ne s'était point trompé sur la nature des manifestations sur lesquelles il a bien voulu attirer notre attention.

Notre étude porte sur cinq cas. Tous proviennent ainsi, que nous l'avons dit, du service de M. Gouguenheim. Les malades, trois hommes et deux femmes observés, étaient âgés de 55 à 61 ans environ. Le nombre de nos préparations histologiques relativement à ces malades est considérable, ce dont on se rendra facilement compte si l'on songe que chez l'un d'eux seulement il y a eu de la part de notre maître 63 interventions endolaryngées successives. Mais dans les cinq cas ainsi étudiés et suivis avec le plus grand soin, nous avons pu observer de l'un à l'autre des différences cliniques considérables, selon que l'épithélioma avait pris naissance aux dépens des cellules de revêtement ou aux dépens des glandes de la muqueuse glottique.

C'est ainsi que nous avons pu distinguer une forme curieuse et dont l'état métatypique se caractérise non seulement par la transformation dermo-papillaire signalée déjà par Virchow, mais surtout par la néoformation (exceptionnelle dans l'épithélium d'une muqueuse) d'un véritable système pileux avec ses glandes annexes et son processus de kératinisation épidermique. C'est cette forme que nous proposons de dénommer *épithélioma glottique local récidivant* par opposition aux autres formes étudiées que nous désignerons sous le nom d'épithélioma glandulaire superficiel et épithélioma glandulaire profond. Comme nous le verrons, ces deux derniers genres de néoplasie n'ont pas le caractère de récurrence strictement locale dévolu au premier. Ces deux épithéliomas ont au contraire une tendance un peu différente, il est vrai, à se développer en profondeur et en surface. A ces caractères différentiels s'en joint un autre qui est la délimitation des productions épithéliales néoplasiques dans des loges fibreuses ou alvéoles carcinomateuses. Ces alvéoles carcinomateuses n'existent jamais dans la forme locale récidivante sur laquelle nous nous étendrons plus particulièrement.

## I

## ÉPITHÉLIOMA GLOTTIQUE LOCAL RÉCIDIVANT

Cette forme se caractérise : 1° par la présence de lobules contenant des cellules pavimenteuses toutes en voie de kératinisation ; 2° par une formation ici hétérogène de poils avec leurs glandes annexes ; 3° par la présence de globes épidermiques qui sont de deux ordres, les uns pileux, les autres glandulaires.

Cet épithélioma occupe exclusivement la superficie de la muqueuse. Il n'envahit jamais les assises profondes de l'épithélium, à plus forte raison est-il limité brusquement par le chorion. Il se développe exclusivement, au moins à son début, dans la cavité libre de la glotte, c'est-à-dire à la surface de l'une des deux bandes vocales. Voici ce qu'on trouve à l'examen histologique en allant de la superficie à la profondeur.

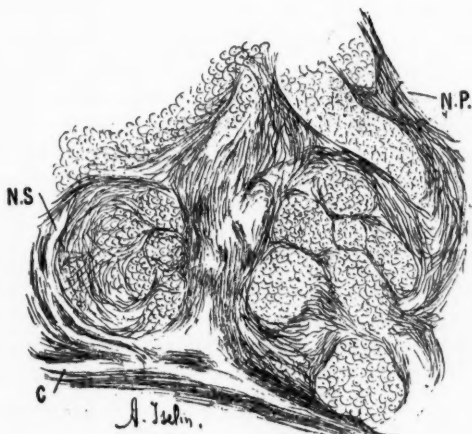
La périphérie est constituée par une couche de cellules pavimenteuses d'apparence cornée, rappelant l'épiderme. Ces cellules forment comme une capsule enveloppante à la masse néoplasique. Très épaisses à la portion saillante, elles diminuent progressivement au niveau des limites de la tumeur confinant aux parties saines. En s'approchant du point d'insertion toujours sessile, cette couche épidermoïde diminue d'épaisseur et par transition insensible se continue avec la couche pavimenteuse normale. Au-dessous de cette assise on trouve des cellules allongées, aplaties, tassées les unes sur les autres. Elles sont çà et là dépourvues de noyau, mais elles sont toujours encapsulées. La kératinisation épidermique y est active, mais elle n'aboutit pas à l'état adulte, c'est-à-dire à la constitution d'un véritable épiderme. On comprendra aisément qu'il en soit ainsi puisqu'il s'agit là de productions hétéromorphes ou malignes qui restent toujours à un état embryonnaire plus ou moins élevé. L'intérieur de ces cellules contient souvent une substance brunâtre, homogène, d'apparence

striée et très analogue à la matière onychogène des papilles linguales du chat ou de la matrice unguéale normale. De plus, les cellules les plus profondes sont toutes chargées d'éléidine qui s'en échappe à mesure qu'elles se développent extérieurement. Cela donne lieu à la formation au sein des préparations de grains caractéristiques colorés en rouge-violet par le carmin et en rouge pourpre par la cochenille.

Les cellules profondes sont volumineuses, polymorphes, toutes en voie de karyokinèse active et asymétrique, mais l'asymétrie est loin d'être aussi constante que dans les autres formes d'épithélioma. On ne trouve pas de néoformation glandulaire franche, mais, au milieu des grosses cellules profondes, il existe des amas arrondis qui forment des globes épidermiques et représentent les vestiges des glandes sébacées. Les cellules qui les composent sont, en effet, en voie de transformation grasseuse ou colloïde, alors que le pourtour est constitué surtout par des éléments pigmentés chargés d'éléidine. A cette dégénérescence s'ajoute un processus de développement endogène de cellules épithéliomateuses se distinguant des productions parasitaires analogues (coccidies) par leur résistance à l'action de tout dissolvant alcalin concentré quel qu'il soit. Ce sont de véritables pseudo-coccidies cellulaires. Et jamais nous n'avons rien observé d'aussi net à ce point de vue.

A côté de ces globes épidermiques glandulaires, nous en trouvons d'autres constitués par des cellules rangées en bulbe d'oignon, toutes en voie de kératinisation et chargées d'éléidine. Or, en examinant ces globes, on s'aperçoit que dans la profondeur ils changent de forme, devenant d'arrondis fusiformes ou ovalaires et contenant une masse allongée granulo-grasseuse, chargée de pigment et striée longitudinalement. On peut constater encore que cette masse centrale sort en certains points du globe épidermique pour se terminer à la superficie de la coupe et même en dépasser les limites. Ces productions constituent de véritables poils avec toutes leurs gaines épithéliales internes ou externes et connectivo-épithéliales. Nous ne décrirons pas ce dernier processus qui ferait longueur dans cette étude ; mais ce qui prouve bien que nous sommes en présence d'un véritable système pilifère, c'est qu'au

niveau de la portion renflée en bulbe d'oignon, on trouve plusieurs couches de cellules dont les centrales sont granulo-graisseuses, tandis qu'elles sont fusiformes ou pigmentées à la périphérie.



*Epithélioma local récidivant épidermoïde.*

Le chorion épais délimite les lésions de la couche épithéliale morbide. On voit des néo-formations glandulaires sébacées (N. S.) avec de nombreux filets nerveux (N. P.)

Il y a donc sur nos coupes deux ordres de globes épidermiques, les uns superficiels, véritables globes cornés, sont des globes de kératinisation ou des globes pileux. Les autres, faux globes épidermiques, sont de nature glandulaire et ne doivent plus être classés sous le nom de globes cornés. Ils s'en distinguent, en effet, par l'action de la lumière polarisée.

Chacun sait que si l'on met au-dessous de la platine du microscope un prisme polarisant les rayons lumineux et si l'on remplace l'oculaire habituel par un Nikoll ou prisme analyseur mobile autour de son axe vertical, on peut en faisant tourner ce dernier placer certains éléments des préparations dans l'obscurité complète, tandis que d'autres seront en pleine lumière. Or, seuls les globes cornés sont susceptibles de rétablir cette der-

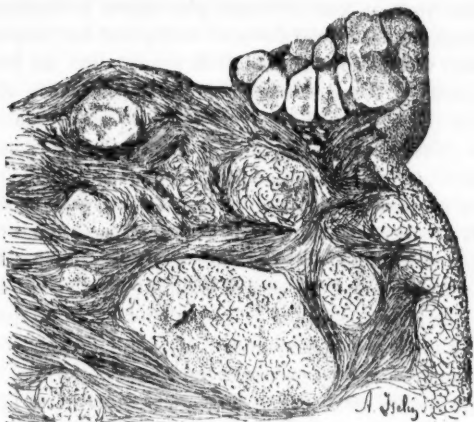
nière : seuls restent éclairés sur la préparation les globes cornés.

Au-dessous de cet épithélium sur l'étude duquel nous venons de nous étendre, on trouve un chorion fortement développé, formant une forte barrière de tissu scléreux. Cela nous explique le peu de tendance à l'envahissement présenté par les néoplasies de ce genre. Nous avons observé dans ce chorion des réseaux nerveux nombreux et donnant naissances à des filets qui se rendent à l'épiderme. Ces filets nerveux entourent même les globes épidermiques. Ils sont terminés par des petites masses ovalaires qui ressemblent à s'y méprendre à de vraies coccidies. Nous retrouvons là, encore, une forme de coccidie cellulaire, mais celle-là est d'origine nerveuse, tandis que celle que nous décrivions plus haut était d'origine épithéliale.

## II

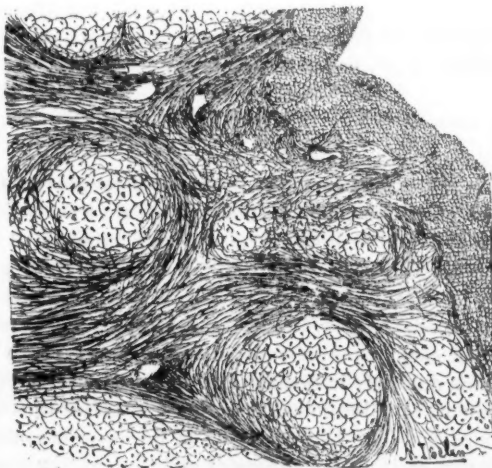
### EPITHÉLIOMA GLANDULAIRE SUPERFICIEL

La seconde forme d'épithélioma que nous avons observée est celle qui a son siège dans l'épithélium glandulaire. Elle se développe aux dépens des glandules superficielles de la muqueuse et tend à se propager en même temps dans la cavité du larynx et dans sa profondeur. L'épithélium néoplasique envahira donc ici le chorion, La néoformation ne se fait donc plus aux dépens des cellules pavimenteuses normales, mais bien aux dépens de l'épithélium des glandes. De plus il n'y a pas trace de kératinisation ni de système pileux ; mieux encore l'assise superficielle reste toujours normale dans son aspect et son épaisseur, que ce soit au niveau même de la tumeur ou dans les parties saines. Ce fait peut s'expliquer par la tendance qu'a le chorion à limiter la néoplasie aussi bien du côté de la profondeur, que dans la périphérie. Nous voyons déjà se produire des travées conjonctives constituant la première étape de l'évolution carcinomateuse. La tumeur limitée d'abord à un seul point du larynx peut gagner progressivement en surface ou pénétrer l'épaisseur même du chorion. De plus nous voyons apparaître dans cette forme des vaisseaux sanguins et lymphatiques.



*Epithélioma glandulaire superficiel.*

Les alvéoles sont superficielles et limitées aux couches directement sous-épithéliales.



Le même à un grossissement plus fort. On voit les nerfs en prolifération se terminer dans l'épithélium après avoir entouré les alvéoles carcinomateuses.

Cela nous indique une affection plus grave à tendance plus envahissante que la précédente où manquent les lymphatiques véritables voies de pénétration et de propagation du processus carcinomateux. Aussi peu à peu toute la muqueuse glottique du larynx est-elle envahie et l'on se trouve en présence d'une surface grisâtre villeuse et bourgeonnante. C'est la propagation au dehors, car dans la profondeur nous ne retrouvons ni l'épithélium néoplasique ni les alvéoles conjonctives. Au contraire les culs de sac profonds détruits sont remplacés par une véritable barrière conjonctivo-nerveuse. Les nerfs guident le tissu conjonctif et forment des plexus d'autant plus riches et développés que le tissu scléreux est plus abondant. Nous ajouterons que les filets nerveux prédominent et qu'il y a peu de cellules ganglionnaires nerveuses contrairement aux formes carcinomateuses molles où l'élément épithélial l'emporte sur l'élément scléreux. Dans les tumeurs de consistance mollasse l'état embryonnaire est bien plus prononcé que dans la forme que nous venons de décrire.

### III

#### EPITHÉLIOMA GLANDULAIRE PROFOND

Dans cette troisième forme le processus est plus profond, il pénètre plus intimement les tissus. C'est dans les culs de sacs les plus éloignés de l'épithélium normal qu'il prolifère. Il s'étend en surface sous forme d'une infiltration épithéliale progressive et rapide au milieu de quelques fibres scléreuses moitié adulte, moitié embryonnaires. Ces fibres naissent d'une barrière limitrophe conjonctive profonde. Elles se distinguent par la prolifération des nerfs de Remak et des ganglions nerveux qu'elles présentent. L'infiltration, l'extension en surface sans végétation au dehors, le distinguent de la forme précédente où la végétation et le bourgeonnement prédominent au contraire. Plus de kératinisation, plus d'alvéoles, beaucoup de tissu embryonnaire, tel est le grand caractère de ce troisième groupe.

Disons cependant que les éléments embryonnaires ne sont pas toujours faciles à retrouver au milieu des lobules volumineux constitués par les cellules épithéliales polymorphes en karyokynèse active et toutes asymétriques. On conçoit qu'alors l'ulcération, la destruction de la couche épithéliale normale ne tardent pas à se produire. Aussi la glotte ne représente plus au bout d'un certain temps qu'une plaie grisâtre et fongueuse vaste ulcère glottique reposant sur la barrière fibreuse profonde. Le cas qui a servi de type à notre description est bien connu. Ce sont les accidents qu'il avait déterminés chez le malade qui en était porteur qui obligèrent M. Périer à pratiquer au moyen de son procédé l'ablation totale du larynx (Voir ces *Annales*, août 93). Ajoutons pour terminer que cette forme infiltrée en nappe peut n'être pas primitive et succéder à la forme que nous avons décrite dans notre précédent paragraphe.

#### CONCLUSIONS

En résumé :

1° Il existe dans le larynx deux formes d'épithéliomas a) l'épithélioma extrinsèque ou chirurgical et b) l'épithélioma intrinsèque ou glottique — du spécialiste.

2° Dans l'épithélioma intrinsèque nous avons observé trois formes.

A. L'épithélioma pavimenteux dermoïde ou récidivant, véritable transformation pilo-épidermoïde de la muqueuse glottique. Le chorion est respecté, le développement et la récidence se font toujours au même point. L'ablation à la pince coupante est toujours suivie d'amélioration, mais il y a bientôt récidence. On peut dire cependant que la répétition de l'opération est une des meilleures conditions d'amélioration. En effet, l'excitation locale des nombreux nerfs que nous avons signalés dans le chorion peut produire l'accroissement du tissu scléreux protecteur. Ainsi s'explique le nombre d'ablations successives chez un même malade. Chez celui qui a fait l'objet de notre étude, il y eut soixante-trois prises. Lors de la maladie d'un personnage illustre à l'étranger qui mourut d'un épithélioma

glottique quelques mois après son avènement au trône, le nombre des interventions pratiquées par un laryngologiste anglais fut également considérable. Il s'agit là, qu'on ne permette l'expression, de véritables coupes de barbe hétérogène poussant sur un derme anormal de plus en plus épais au même point.

Cliniquement cet épithélioma débute exclusivement par des phénomènes vocaux. La marche est lente, insidieuse, la cachexie tardive. La récurrence se fait sans extension aux parties limitrophes et les nombreuses opérations ne sont jamais suivies d'ulcérations rougeantes avec extension et formation de foyers secondaires dans le voisinage.

Le seul fait qui puisse caractériser la malignité est l'érythrocytose, la présence de globules à noyaux.

Le pronostic est fatal, mais à longue échéance, 15 à 20 ans.

B. Dans la forme glandulaire l'épithélioma est pavimenteux lobulé, mais superficiel. Nous l'appellerons : carcinome végétant et local. Il s'étend au dehors et à la superficie. Les alvéoles conjonctives ne se propagent que lentement et dans tous les cas se limitent strictement à la glotte. Les symptômes diffèrent de la forme précédente par l'apparition tardive, il est vrai, mais constante de fongosités avec ulcérations qui, à un moment donné, pourront être suivies d'infiltration et de généralisation endo-laryngée analogues à la troisième forme. Ces phénomènes pourront hâter tout d'un coup la marche d'un processus néoplasique n'ayant présenté pendant longtemps aucune infiltration ganglionnaire ni aucune cachexie.

C. Dans la troisième forme, carcinome en nappe, l'épithélioma est pavimenteux lobulé mais glandulaire profond. L'extension se fait rapidement en nappe avec destruction concomitante, ulcération et fongosités saignantes de tous les tissus de la muqueuse glottique. La marche est ici assez rapide et la cachexie relativement précoce. En tous cas lorsque cette dernière apparaît, la mort survient à brève échéance. La cachexie peut survenir alors qu'il n'y a aucune infection ganglionnaire voisine, aucun foyer secondaire éloigné. Le seul phénomène pouvant expliquer la cachexie dans ces cas est l'érythrocytose.

#### IV

### INSTRUMENTS POUR LA RHINO-CHIRURGIE INTERNE

SEPTUM, CORNETS, MEATS, NARINES, CHOANES, PLANCHER,  
VOÛTE ET CAVUM NASO-PHARYNGIEN

Par le Dr **V. COZZOLINO**,

Professeur d'otologie et de rhinologie

et Docent de laryngologie à l'Université Royale de Naples.

(Communication faite à l'Académie médico-chirurgicale de Naples,  
séance de novembre 1893).

C'est le 24 novembre 1878 que j'eus, pour la première fois, l'honneur de prendre la parole devant l'Académie, en présentant quelques instruments nouveaux, modifiés pour la sémiotique et le traitement des rhinopathies : un spéculum bivalve de Duplay bifonétre ; une seringue nasale rétro-pharyngienne, et une antérieure intra-nasale avec laquelle on évite les accidents causés par la chute de l'excès de la solution médicamenteuse, provenant des choanes, et un insufflateur à poudre intra-nasal ayant le même but. Mes premiers essais rhinologiques furent encouragés par une mention honorable que me décerna une commission nommée par l'illustre président, le très regretté professeur Tommasi.

Je suis heureux de présenter à l'illustre Académie mes instruments destinés à la rhino-chirurgie interne (septum, cornets, méats, narines, choanes, plancher, voûte et cavum naso-pharyngien).

Cette série d'instruments fait suite à celle qui est destinée à la sémiotique et au traitement médico-chirurgical des phlogoses aiguës et chroniques de tous les sinus nasaux — sinusites — dénommées autrefois hydropisies ou empyèmes, boîte que je présentai au Congrès médical national de Sienne — dans la section spéciale et dans celle de chirurgie, en août 1891 <sup>(1)</sup> — et que j'espère avoir l'honneur de présenter ici et aussi au prochain Congrès international de Rome, sous peu, réorganisées dans un but de technique anatomo-chirurgicale et comme complément de quelques-unes de mes études expérimentales

<sup>(1)</sup> Publié dans le n° de décembre 1891 de ces *Annales*, etc.

sur la symptomatologie de l'écoulement de tous les sinus du nez, au point de vue de son trajet dans la cavité nasale.

Je remercie le professeur G. Antonelli de m'avoir fourni les matériaux anatomiques nécessaires au complément de ces études.

Avec ces deux séries complètes d'instruments, le rhinologiste habitué aux moyens chirurgicaux, les seuls sérieusement et durablement curatifs, lorsqu'ils sont précédés et suivis de l'antisepsie la plus rigoureuse, a besoin de peu d'autres choses pour être sûr de remplir *tuto, cito et jucunde* toutes les indications de la rhino-chirurgie interne qu'on pourrait aussi appeler *rhinoscopique* puisqu'on la pratique toujours et seulement à l'aide de la rhinoscopie antérieure, et pour poser le diagnostic postérieure et de l'éclairage électrique postérieur, méthode que j'ai démontrée au Congrès international d'otologie de Bruxelles en 1888.

Un autre avantage de cette rhino-chirurgie interne est de pouvoir faire l'anatomie pathologique des lésions nasales par les morceaux coupés, chose qui n'était pas facile auparavant. De plus, elle nous fait admettre comme un dogme que dans les processus communs microbiens et bénins et leurs suites, soit de la muqueuse des fosses nasales ainsi que des sinus, soit de tout le squelette nasal, on ne doit plus regarder comme incurables les suppurations chroniques, qui autrefois étaient considérées comme des *fistules séculaires*. Ma longue expérience me permet d'affirmer cela sans crainte de recevoir un démenti.

Du reste, ce que je dis pour les rhinopathies, c'est-à-dire que les lésions chroniques et les altérations ou dégénérescences histologiques ne peuvent guérir par de simples badigeonnages ou des pommades, les gynécologues l'ont déjà dit depuis un certain temps pour les affections utéro-vaginales chroniques qui ne peuvent disparaître sans ciseaux, bistouris ou curettes.

Outre les instruments, j'ai le plaisir de vous présenter les pièces anatomiques des principaux cas opérés, choisis dans ma collection anatomo-pathologique.

Je vous présente deux planches reproduisant ces pièces anatomiques et des dessins de l'examen histologique pour les hyperchondroses du septum (crêtes et éperons cartilagineux)

et l'autre pour les hypermégalias ou hyperplasies de l'extrémité antérieure et postérieure pharyngée des cornets inférieurs.

Je me propose d'entreprendre cette année d'autres études à l'Institut d'hygiène dirigé par le distingué professeur de Giaxa, car je crois qu'il faut trouver dans un autre ordre de raisons la cause de la facile dégénérescence myxomateuse de la muqueuse des cornets, d'autant plus que l'hypertrophie est toujours associée à une dégénérescence myxomateuse, ainsi que l'ont aussi démontré les études de Chatellier. C'est dans ce nouvel ordre qu'il faut rechercher aussi l'origine des véritables myxômes qui se multiplient dans les fosses nasales jusqu'à se trouver disséminés au nombre de quelques dizaines; j'ai observé des cas où j'en ai compté environ cent, sans confondre les résidus avec les vrais myxômes, petits et isolés dans les fosses nasales, vraie diathèse polypeuse des anciens.

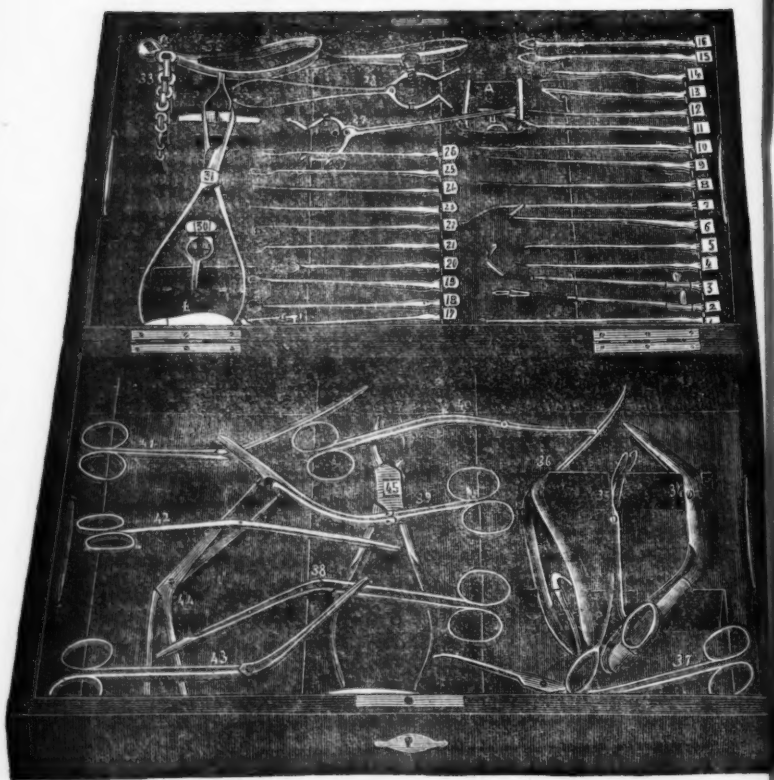
Je crois que ce ne sont pas seulement les recherches bactériologiques qui pourront nous donner la solution du problème, mais qu'il faudra avoir un autre objectif: la recherche des protozoaires. Cette idée m'est venue à la lecture de l'ouvrage de L. Pfeiffer, sur les *Protozoaires agents pathogéniques*.

Les théories existantes ne peuvent expliquer ces dégénérescences myxomateuses, ni qu'un malade bien opéré ne nous revienne, malgré la destruction des racines et l'extraction de lamelles osseuses selon la méthode de Valsalva, avec de nouveaux myxômes au bout de plusieurs années.

Le microscope de l'anatomo-pathologiste nous a révélé depuis un certain temps ce qu'il pouvait, et le bactériologiste l'a fait également. Mais peut-être sera-ce l'étude des parasites ou protozoaires qui confirmera mes vues ou les fera retomber dans les théories vagues.

Je reproduis ici la figure de la boîte d'instruments réduite au tiers environ et accompagnée de l'explication ou plutôt de la nomenclature de chaque instrument ou groupé d'instruments<sup>(1)</sup>.

(1) La Commission nommée par le président de l'Académie, composée des professeurs C. Gallozzi, A. D'Antona et F. Massei, sur le rapport de ce dernier, a émis un jugement très favorable pour les instruments et pour les conclusions clinico-thérapeutiques sur la rhino-chirurgie interne ou rhinoscopique. Je suis heureux d'adresser à la savante Commission mes remerciements sincères et dévoués.



EXPLICATION DE LA FIGURE

1. Rhinomètre antéro-postérieur gradué au quart de centimètre, comme le sont tous les instruments. Guide pour tamponner à la gaze trichloracétique ou iodoformée, ou pour extraire des corps étrangers, rhinolithes, etc., en les chassant par les choanes.
2. Perforateur antérieur des choanes.
3. Perforateur postérieur des choanes.

4. 5. Couteaux à crochet antérieur destinés à enlever l'extrémité postérieure ou pharyngée, droite ou gauche des cornets inférieurs.  
*Destruction partielle des cornets.*
6. Couteaux à crochet postérieur destinés à enlever les mêmes extrémités des cornets inférieurs.
7. Curettes antérieures du sillon latéro-pharyngien et de la fosse de Rosenmüller.
8. 10. Petites cuillers curettes de formes différentes pour la même région.
9. Gouge remplissant le même but pour la même région.
11. Curettes à cuiller pour les bords des choanes.
12. 13. 14. Gouges anglaises pour l'ablation des éperons ou crêtes de la cloison nasale dans sa moitié antérieure d'ordinaire cartilagineuse, hyperchondrose.
15. 16. Curettes fenêtrées à triangle pour la voûte nasale, le sillon olfactif et les méats, surtout le méat inférieur.
17. Porte-scie et porte-couteau mobiles pour les crêtes du septum et les synéchies intra-nasales.
18. 19. 20. 21. Petites cuillers curettes de différentes tailles pour les cavités nasales, pour râcler les cornets hyperplasiés, dégénérés, suppurants et les nécroses qui s'ensuivent.
22. 24. Petites palettes pour extraire les corps étrangers, rhinolithes ou séquestres des fosses nasales et des méats par la voie des narines.
23. 25. 26. Petites gouges de formes variées pour extraire du tiers postérieur du septum les épines osseuses, hyperostoses.
27. Rhinomètre transversal de la cavité nasale et des déviations ou scoliozes du septum, septomètre.
28. Rhino-palatomètre pour mesurer l'épaisseur et la gibbosité du plancher des fosses nasales.
29. Manche avec division en millimètres pour le septomètre et le rhino-palatomètre.
30. Petites lames forceps s'adaptant aux plaques B de forme, grandeur et direction variées, sur leur face interne se trouve une couche de cuir.
31. Pince très forte pour redresser la cloison cartilagineuse déviée après application des plaques de caoutchouc, B. s'adaptant à la face de la cloison, selon le cas, selon la forme, la longueur et la direction de la scoliose.
32. Manche général, *omnibus*, pour tous les instruments précités. Il porte une ouverture quadrangulaire par laquelle on peut donner à l'extrémité de chaque instrument quatre directions : en haut, en bas, à droite et à gauche.
33. Série de tubes pour dilater les narines sténosées, et même pour obtenir le rétablissement de l'ouverture dans les perforations artificielles de ces dernières, lorsqu'il y a des empêchements congénitaux ou acquis à la cicatrisation. A. Petite boîte contenant de

petites scies et de petits couteaux de réserve s'adaptant à l'instrument n° 17 ; petits couteaux à crochets pour l'instrument n° 6 ; petites cuillers de formes variées se vissant au même n° 6 et au manche *omnibus*, pour râcler les végétations adénoïdes ou les simples hypertrophies folliculaires de la cavité naso-pharyngienne ou de l'amygdale pharyngée. Et comme ils peuvent présenter la face concave à droite, à gauche, en avant, en arrière et en haut, servant ainsi pour toutes les parois du cavum naso pharyngien.

34. 36. Ciseaux à pinces anglaises pour couper la plus grande partie des cornets inférieurs droit et gauche — *destruction totale des cornets*. — L'anse de Wilde servant pour la destruction totale et partielle des cornets moyen et supérieur.
  35. Pince quadrangulaire fenêtrée très forte pour compléter parfois l'ablation des cornets, même dans leur portion osseuse.
  37. Ciseaux à bec de fourmilier pour compléter l'ablation des cornets dans leur partie molle.
  38. Pince à bec d'oiseau remplissant le même but que la pince n° 35.
  39. Ciseaux forts à branches courtes, avec mécanisme spécial pour enlever des brides cicatricielles ou du tissu néoplasé des cornets inférieur et moyen.
  40. 41. Pinces à branches recourbées à droite et à gauche selon la fosse nasale, pour extraire des hypermégalias simples et des dégénérescences myxomateuses des extrémités antérieures des cornets inférieurs.
  42. Pinces allemandes pour les synéchies antérieures entre la cloison et le cornet moyen ou inférieur.
  43. Pince à bec plus petit pour enlever les résidus des tissus excisés.
  44. Pince à petites cuillers remplissant presque le même but.
  45. Perforateur ou emporte-pièce de Rupprecht, pour les plus grandes déviations ou scolioses irréductibles du cartilage de la cloison, très rarement employé.
-

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 11 octobre 1893.

Présidence de M. FELIX SEMON.

1<sup>o</sup> BUTHIN. Montre divers spécimens d'épithéliomas intrinsèques du larynx.

2<sup>o</sup> HAVILLAND HALL. Montre le larynx d'un homme de 66 ans mort dans une attaque de **spasme de la glotte**. La partie droite de cet organe est envahie par un large épithéliome qui s'étend en arrière au delà de la ligne médiane et intéressait en avant la portion antérieure de la corde vocale-gauche.

3<sup>o</sup> FELIX SEMON montre, à son tour, différents spécimens d'épithéliomas le ryngiens.

4<sup>o</sup> Discussion sur l'état présent de la question de l'opportunité de l'opération radicale. Pour BUTHIN les cas les plus favorables sont les cancers intrinsèques limités à la partie antérieure du larynx, peu étendus et sans complications. Il faut pratiquer l'ablation de la totalité ou de la plus grande partie du larynx ; dans ces cas on observe un *statu quo* de plusieurs années. Ces thyrotomies comparées à celles pratiquées pour des tumeurs extrinsèques ou étendues sont relativement bénignes. Le traitement post-opératoire réclame une grande attention. Le pansement sera fait à la gaze iodoformée, le malade sera couché presque à plat dans le lit et sur un côté de façon à ce que les liquides ne puissent couler dans les bronches. Nourriture exclusivement liquide pendant les premiers jours lorsque celui-ci passe facilement, le malade peut prendre les jours suivants du bouillon, du lait et des aliments mous. Grâce à ces précautions, M. Buthin n'a perdu aucun de ses malades thyrotomisés.

CRESWELL BABER fait quelques remarques sur la périchondrite du larynx non associée aux affections malignes.

SEMON admet la possibilité de la périchondrite primitive, bien qu'il n'en ait personnellement jamais vu d'exemple. Il est par-

tisan de la technique préconisée par le Dr Buthin à quelques détails près. Il faut surtout arriver à un diagnostic précoce de l'affection et opérer de bonne heure. Les chances de réussite sont alors beaucoup meilleures. La pneumonie septique constitue une grave complication qu'il faut s'efforcer de prévenir par les soins post-opératoires, mais dont on doit toujours tenir compte dans le pronostic. Ses méthodes opératoires sont : l'extirpation partielle du larynx ; la pharyngotomie sous-hyoïdienne, la thyrotomie avec ou sans résection des cartilages de la charpente laryngienne. Les chances de réussite sont plus grandes lorsqu'on peut n'enlever que les parties molles. D'où la nécessité d'un diagnostic et d'une opération précoces.

L. R. R.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité des maladies de la bouche (pathologie interne)** par  
E. MAUREL. Paris, O. Doin, 1893, 1 vol in-8°.

La stomatologie a récemment réclamé son droit mérité à l'indépendance et fait maintenant demeure à part ; malgré cela, elle reste encore notre toute proche voisine ; aussi le traité magistral que lui consacre M. intéresse vivement notre spécialité, qui ne peut rester indifférente à ce qui se passe à deux pas de chez elle. Au reste, la bouche est la grande porte d'entrée des voies aériennes supérieures ; nous devons nous associer aux travaux de ceux qui s'en font les gardiens.

Ce travail, qui cependant a systématiquement laissé de côté toute la partie chirurgicale de la stomatologie, n'est point une simple suite de monographies plus ou moins théoriques des stomatites, telles que les traités de pathologie interne nous les reproduisent invariablement stéréotypées à travers une série d'éditions ; à côté des grandes entités buccales, consacrées par les classiques, il étudie toutes les petites lésions de la bouche, dont l'importance est au moins aussi grande, parce que c'est surtout à ces accidents minimes que nous sommes quotidiennement exposés, et parce que, par leur répétition et leur persistance, ceux-ci arrivent à avoir sur la santé générale un retentissement des plus fâcheux.

Dans une longue introduction, qui rajeunit ces leçons faites il y a cinq ans, M. jette un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire de la microbiologie buccale et nous en montre les rapides progrès ; cette flore, si riche, présente encore bien des inconnues, elle n'en est pas moins à l'heure actuelle le facteur principal des stomatites. Ce n'est pas à dire qu'ici le rôle du terrain soit secondaire : bien au contraire, M. lui fait jouer un rôle prépondérant, et lui applique les conclusions des recherches qu'il a faites sur les modifications de l'action phagocytaire des leucocytes, sous l'influence de divers agents physiques et chimiques. Cette donnée expérimentale constitue même l'idée directrice de sa thérapeutique locale.

Les stomatites sont présentées suivant une classification nouvelle un peu complexe. A chacune d'elles est consacrée une leçon que termine un résumé précis ; et le traitement en est condensé en quelques formules, que la grande expérience spéciale de l'auteur rend recommandables. Certaines variétés de stomatites partielles justifient par leur fréquence la large place qui leur a été accordée dans sa description : le chapitre des gingivites est un des meilleurs ; et tout en laissant volontairement de côté le côté chirurgical, M. nous montre cependant l'intérêt qu'il y a pour nous à connaître ce petit point de la pathologie, car si peu d'affections livrées à elles-mêmes sont ainsi tenaces, bien peu en revanche cèdent aussi facilement à une médication locale.

Une attention toute particulière a été donnée aux affections douloureuses essentielles de la langue, groupe encore mal connu, dans lequel M. après en avoir éliminé la glossodynie exfoliatrice de Kaposi, qui, en réalité, est caractérisée par une altération anatomique bien évidente, l'exfoliation marginée, établit trois subdivisions dont il défend l'importance : 1° la *glossodynie* ou rhumatisme de la langue, de Valleix, dans laquelle la douleur n'est guère provoquée que par les mouvements de l'organe ; 2° la *névralgie linguale*, où les douleurs sont spontanées et violentes au point de troubler l'existence ; 3° les *ulcérations imaginaires* où la sensation locale, une brûlure légère ne joue qu'un rôle secondaire, tandis que le médecin a surtout ici à remonter le moral du malade, profondément affecté par la découverte de quelque papille caliciforme qu'il prend pour une lésion maligne.

Plus loin, à propos de la stomatite mercurielle, M. cherche à accorder les classiques qui font de cette affection une stomatite d'origine vraiment toxique, avec quelques novateurs à imagination vive, qui n'hésitant pas à donner à deux ou trois expériences

de laboratoire, provisoirement incontestées, le pas sur une observation clinique vieille de plusieurs siècles, proclament avec une conviction digne d'une meilleure thèse, que jamais le mercure n'a donné de stomatite ; il n'y aurait que des stomatites septiques dues aux microbes buccaux. Cependant « prenez dix sujets atteints « de diverses lésions de la bouche, donnez des préparations mercurielles à un seul de ces dix sujets, augmentez suffisamment la « dose et vous verrez sûrement ce sujet être atteint de salivation, « et les neuf autres en rester exempts. » Et pourtant, comment expliquer qu'on puisse guérir la stomatite mercurielle par des attouchements avec une solution de bichlorure ou de cyanure de mercure ? M. établit expérimentalement deux faits : 1° qu'à la dose de 1/40000<sup>e</sup> le bichlorure de mercure diminue beaucoup l'activité des leucocytes, sans nuire au développement du staphylocoque blanc ; 2° et que ce n'est qu'à la dose de 1/10000<sup>e</sup> ou peut-être 1/5000<sup>e</sup> que ce corps atténue suffisamment les microbes pyogènes pour que ces leucocytes puissent en triompher. Or, la quantité de mercure contenue dans la salive des mercurialisés ne dépasse pas 0 gr. 0125 de sublimé par litre : à cette dose, le mercure, paralysant l'activité des leucocytes sans nuire au staphylocoque, favorise l'éclosion de la stomatite septique ; au contraire, les agents pathogènes sont rendus impuissants au contact de solutions mercurielles fortes, employées comme topiques locaux.

Un précis d'hygiène de la bouche termine l'ouvrage ; M. donne à ce sujet des conseils qui tirent leur autorité des expériences qui leur servent de base. Pour maintenir la bouche en bon état de santé, il faut s'abstenir de boissons froides et glacées : celles-ci nuisent aux dents, dont elle fendillent l'émail, laissant ainsi à travers ces fissures la dentine se défendre insuffisamment contre les influences nuisibles du monde extérieur ; elles nuisent surtout à la muqueuse buccale, car au dessous de 20° (Maurel) les leucocytes deviennent immobiles et cessent cette action phagocytaire qui constamment s'exerce contre les attaques constantes des microbes du milieu buccal. L'auteur a même à ce propos une hypothèse ingénieuse : si, dit-il, l'obstruction nasale est la cause de maux si grands, en particulier si elle favorise la production des stomatites, n'est-ce point peut-être parce que chez l'individu qui respire par la bouche, le refroidissement constant de la muqueuse buccale au contact de l'air inspiré, amène celle-ci à une température basse voisine de celle où les leucocytes ne s'acquittent plus qu'avec peine de leur travail phagocytaire ?

Les boissons chaudes sont également nuisibles : au-dessus de

44° le staphylocoque ne meurt pas, mais les mouvements des leucocytes sont supprimés ; et cette cause de stomatite est d'autant plus aisément réalisable que la muqueuse buccale supporte journellement le contact des boissons à 50°.

Et pour terminer cet ouvrage qui, sous l'apparence banale d'un cours classique, renferme tant d'intéressantes observations personnelles, M. formule une courte réglementation de la toilette de la bouche, qu'aucun médecin n'est censé ignorer, et que presque tous cependant négligent !

M. L.

**Etude sur la laryngite syphilitique secondaire, par H. MENDEL**  
(Thèse de Doctorat, Paris, 1893).

Dans ce travail très soigné, qui forme une des meilleures monographies que nous possédions sur ce sujet, M. étudie la syphilis secondaire du larynx d'après les observations personnelles qu'il a recueillies pendant son internat à l'hôpital St-Louis. En six mois, il n'a rencontré que vingt-six cas de laryngite secondaire, ce qui, eu égard au grand nombre de syphilitiques qu'il a vus pendant cette période, constitue une proportion beaucoup plus faible que celle qu'admettent la plupart des auteurs. Seuls, les malades qui se plaignaient de dysphonie et de dysphagie présentaient des lésions de l'organe vocal ; chez ceux qui n'offraient aucun symptôme laryngé, le laryngoscope ne fit rien constater d'anormal. Il ne semble donc pas y avoir de laryngopathie secondaire latente.

La laryngite se montre ordinairement de trois à cinq mois après le chancre ; elle frappe beaucoup moins souvent les femmes (sept fois sur vingt-six cas), chez qui le larynx n'est pas mis en état de moindre résistance par le tabac et l'alcool.

La syphilis secondaire n'altère le larynx que d'une façon généralement toute superficielle ; elle ne le touche qu'en tant qu'organe phonétique ; jamais de dyspnée, pas de dysphagie, même quand il existe des lésions épiglottiques assez sérieuses ; M. admet avec Mauriac l'indolence presque pathognomonique des laryngopathies secondaires. Seule la raucité de la voix appelle ordinairement l'attention sur le larynx ; quoiqu'on en ait dit, cet enrouement présente tous les degrés : la « *raucedo syphilitica* » n'est pas du tout caractéristique.

M. admet quatre formes de lésions du larynx, qui le plus souvent se montrent combinées.

1° *L'érythème*. D'accord avec Gottstein, M. ne connaît aucune particularité qui permette de faire distinguer l'érythème syphilitique d'un catarrhe banal du larynx ; jamais il n'a observé la couleur vermillon pathognomonique décrite par les classiques, ni l'aspect en langue de chat rouge sombre signalé par Ruault. Son meilleur caractère est son évolution froide avec absence de toux et de sécrétion. Cet érythème atteint principalement les cordes vocales, débutant par leur partie antérieure ; il peut cependant se localiser en d'autres points : l'épiglotte isolée n'est pas rare.

2° *Les plaques muqueuses*. Ces lésions sont fréquentes (quinze fois sur vingt six cas) et, à l'inverse de l'érythème, assez caractéristiques pour permettre de faire le diagnostic par le seul examen laryngoscopique. Sur les portions roses de la muqueuse laryngée, elles présentent leur aspect habituel ; érosions à fond grisâtre, entourées d'une auréole rouge ; mais elles se développent rarement en ces points (deux fois sur vingt-six cas). Elles atteignent le plus souvent la muqueuse blanc-nacrée des cordes vocales, déterminant alors une maladie de la corde que M. propose de dénommer : *chordite spécifique* ; la plaque est toujours précédée par l'érythème de toute l'étendue de la corde, qui lui survit encore ; elle n'est que « l'exagération en un point spécial de l'affection érythémateuse qui a frappé le ruban vocal. » La plaque muqueuse peut se montrer sous trois aspects différents : a) le mieux connu est la tache ovalaire, blanc mat, le plus souvent symétriquement placée sur la partie moyenne de la corde vocale, au voisinage de son bord libre : b) puis la tache s'allonge et forme une bande grisâtre, ventrue, occupant presque toute la longueur du bord libre de la corde ; ce liseré a les plus grandes chances d'être interprété faussement, bien que M. le considère comme pathognomonique : c) enfin ce liseré peut se fragmenter et constituer une série linéaire de taches blanches alternant avec des taches rouges.

3° *Les papules*. Elles siègent surtout sur la corde vocale, et ont une existence éphémère.

4° *L'hyperplasie de la muqueuse laryngée*. Lésions banales de pachydermie, localisées ou plus souvent étendues à tout l'organe vocal et pouvant succéder à toute laryngite secondaire intense ; cordes vocales irrégulières et noueuses, épiglotte épaissie, etc. La voix est très compromise.

La laryngite syphilitique secondaire guérit toujours par résolution simple, sauf quand s'installe l'hyperplasie, dont la durée

est illimitée. L'érythème, quoi qu'on fasse, dure au minimum de vingt à vingt-cinq jours, et souvent bien plus longtemps ; les plaques muqueuses peuvent résister pendant plusieurs mois à tout traitement ; au contraire, les papules se modifient en deux jours et disparaissent en moins d'une semaine.

Le traitement général doit nécessairement être complété par un traitement local bien conduit. M. a obtenu de bons résultats des cautérisations faites au moins par semaine avec le nitrate d'argent à 1/5, solution très active et bien tolérée du malade. La solution de chlorure de zinc à 1/30 modifie avantageusement l'érythème. La solution iodo-iodurée de Ruault à 1/15 est mal tolérée. M. accorde peu de confiance aux vaporisations de solutions mercurielles.

La forme hyperplasique, généralement secondario-tertiaire, réclame la médication iodurée ; localement, on l'attaquera par les caustiques forts et même avec la pince endo-laryngienne.

M. L.

**Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup**, par J. TOUCHARD  
(Thèse de Doctorat, Paris, 1893).

Pendant son internat à l'hôpital Trousseau, l'auteur a observé un certain nombre d'enfants, qui, arrivant avec tous les symptômes du croup, guérissaient avec une rapidité si grande, qu'il était impossible d'admettre chez eux l'existence d'une diphtérie laryngienne. Ces cas sont importants à connaître, car une erreur de diagnostic, facile à commettre, peut faire entrer les petits malades dans le pavillon des diphtériques, où ils contractent une maladie qu'ils n'ont pas. En réalité, il s'agit alors d'une laryngite aiguë intense, purement inflammatoire et le plus souvent consécutive à un refroidissement.

Cette forme morbide est caractérisée par un début soudain ; au cours d'une santé excellente, l'enfant se réveille brusquement pendant la nuit en proie à une dyspnée intense, reproduisant le syndrome intégral de la laryngite striduleuse ; mais la suffocation, loin de se calmer, augmente et dégénère en un tirage permanent ; et l'enfant arrive à un état durable d'asphyxie telle qu'il faut souvent le trachéotomiser. La laryngite peut débiter pendant la journée, ce qui est beaucoup plus rare.

A cette période d'état, l'enfant présente des signes qui permettent d'exclure l'idée de croup : pas de fausses membranes

dans la gorge, pas d'adénopathie sous-maxillaire. La voix peut être éteinte, mais cette dysphonie, inconstante, est toujours très passagère. La toux est caractéristique : au lieu d'être éteinte et croupale, elle est constituée par une série de quintes bruyantes, à tonalité haute. L'intensité de la fièvre est variable : le plus souvent elle oscille entre 38° et 39°.

L'évolution de cette laryngite suffocante est rapide : il est rare que le tirage et les accidents dyspnéiques menaçants durent plus de quarante-huit heures. La guérison est de règle ; si on a la patience de l'attente, on n'aura pas besoin de faire la trachéotomie. Tous les accidents cessent avec cette même soudaineté qui a présidé à leur éclosion ; en quelques heures, la dyspnée, la toux peuvent disparaître complètement.

Un tel syndrome ne relève en aucune façon de la diphtérie ; il diffère totalement des crises de spasme glottique provoquées par l'hypertrophie de ganglions bronchiques ou par l'existence de végétations adénoïdes, altérations que T. n'a du reste constatées chez aucun de ses petits malades. Il l'attribue à une laryngite à frigore, à une sorte d'« enchièvrement de la glotte » (Bretonneau) ; s'appuyant sur les observations faites avant lui, il est tenté d'admettre que les lésions consistent surtout en une inflammation occupant la région sous-glottique du larynx ; le peu de participation des cordes vocales au processus morbide expliquerait assez bien l'intégrité relative de la voix et le timbre sonore de la toux. Il est à regretter qu'aucun examen laryngoscopique personnel ne vienne ajouter du poids à cette hypothèse.

La seconde partie de ce travail, purement clinique, est consacrée à l'étude des déterminations de la rougeole sur le larynx. La laryngite rubéolique peut se montrer à trois périodes : 1° *avant l'éruption* ; elle simule alors le faux-croup, mais s'en distingue par la persistance de la dyspnée dans l'intervalle des accès ; 2° *pendant l'éruption* ; il s'agit vraisemblablement d'un énanthème laryngé, amenant à la région sous-glottique une sténose inflammatoire analogue à celle qui, dans d'autres cas, résulte de l'impression du froid ; 3° *pendant la convalescence* ; cette forme relativement grave de laryngite est considérée, depuis les recherches de Coyne, comme provoquée par les ulcérations des follicules clos et des glandules contenues dans la muqueuse vocale ; cependant une observation personnelle, suivie d'autopsie, autorise l'auteur à admettre que, dans certains cas, cette laryngite post-rubéolique peut être uniquement inflammatoire et se rattacher alors au type qu'il décrit.

Primitive, c'est-à-dire provoquée par un refroidissement, ou secondaire à la rougeole, la laryngite aiguë réclame le même traitement : des applications au-devant du cou d'éponges trempées dans de l'eau bouillante, des pulvérisations phéniquées dans la chambre suffisent pour calmer la dyspnée. On donnera avec avantage une potion avec de l'éther et du bromure de potassium. Dans les cas exceptionnellement graves, où l'asphyxie est imminente, on pourra être obligé de pratiquer la trachéotomie ; il n'y a toutefois pas d'inconvénient à attendre jusqu'aux dernières limites permises par la prudence.

M. L.

**Etude sur les complications respiratoires de la varicelle, et relation d'un cas de varicelle du larynx, par L. BOUCHERON (*Thèse de doctorat*. Paris, 1893).**

Les complications laryngées de la varicelle n'ont pas été signalées par les auteurs classiques. Seul, Lœri a vu dans certains cas cette fièvre éruptive provoquer au niveau du larynx une légère hyperémie, et quelquefois même une ou deux, mais jamais plus de trois pustules, guéries peu de jours après leur formation. B. rapporte une observation, unique dans la science, où l'éruption varicelleuse, en se montrant au niveau du larynx, amena des accidents mortels. Il s'agit d'une petite fille qui, au cours d'une coqueluche, ayant déjà amené des accidents broncho-pneumoniques, aisément conjurés, fut prise le 20 février d'une première poussée de varicelle suivie de plusieurs autres. Au bout d'une dizaine de jours, la respiration nasale s'obstrua, en même temps que le nez, plein de croûtes, laissait échapper un liquide sanguinolent. Le 9 mars éclate brusquement un violent accès de suffocation ; l'éponge chaude promenée au devant du larynx le calme bien ; mais le lendemain, l'enfant meurt subitement au milieu d'un nouvel accès. A l'autopsie on trouve, outre des lésions de néphrite parenchymateuse et quelques noyaux broncho-pneumoniques en voie de résolution, disséminés dans les deux poumons, des altérations caractéristiques du larynx ; pas d'œdème de la glotte ; la muqueuse rouge présente des sigillations sanguines, principalement au niveau des cordes vocales inférieures et sur la face postérieure de l'épiglotte ; en arrière, entre les deux aryténoïdes, près des cordes vocales, et sur ces cordes elles-mêmes existent de petites vésico-pustules, analogues à celles qui se sont montrées sur la peau ; elles ne déterminent qu'une érosion très superficielle.

En résumé, la mort a été causée dans ce cas par un spasme glottique provoqué par l'éruption varicelleuse sur la muqueuse laryngée.

M. L.

**Cliniques et polycliniques de laryngologie, otologie, rhinologie, en Autriche, Allemagne, Angleterre,** par le D<sup>r</sup> P. MAUREL (*Thèse de Paris, 1893, n° 1*).

Pendant un séjour de plusieurs mois à l'étranger, M. s'est attaché à étudier le fonctionnement des cliniques d'otologie, de rhinologie et de laryngologie dans les villes de Berlin, Vienne, Munich, Prague et Londres, où l'enseignement des spécialités est en faveur.

Malgré les déficiences d'installations que présentent la plupart d'entre elles (locaux trop petits, mal éclairés, insuffisamment aérés, absence de salles d'opération, etc.), ces cliniques offrent à l'étudiant des facilités d'instruction qui en assurent le plein succès. Moyennant une rétribution qui varie de 40 à 100 francs pour un cours de six à huit semaines de durée en moyenne, les élèves y trouvent un enseignement à la fois théorique et pratique; ils sont exercés individuellement à l'exploration des oreilles, du nez et du larynx par les professeurs eux-mêmes et par leurs assistants. Les malades, bien disciplinés, se laissent examiner successivement par les divers élèves et se prêtent à toutes les manœuvres sans aucune récrimination. Dans les villes où ces cliniques sont nombreuses, à Vienne en particulier, les cours sont répartis entre les différentes heures de la journée, de façon à permettre aux étudiants de suivre successivement et sans perte de temps les leçons des professeurs d'otologie, de rhinologie et de laryngologie.

Si l'on considère d'une part ce mode d'organisation essentiellement pratique, de l'autre la négligence apportée jusqu'ici à l'enseignement de la laryngologie et de l'otologie en France, on ne saurait s'étonner que les étudiants étrangers délaissent Paris pour Vienne ou Berlin. Sans doute il existe à Paris une ou deux cliniques bien organisées pour l'enseignement et dont les étrangers commencent à prendre le chemin; mais elles sont encore trop peu connues et souffrent de notre vieille réputation de négliger la laryngologie et surtout l'otologie et la rhinologie. Aussi, pour relever le prestige de ces spécialités, l'auteur exprime-t-il le vœu, 1<sup>o</sup> que leur enseignement soit doté d'une chaire spé-

ciale ; 2° qu'il soit organisé des cliniques officielles avec cours pour l'élève étranger et l'étudiant ordinaire ; 3° qu'à l'exemple de l'organisation anglaise, on institue dans les hôpitaux des services spéciaux pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles. Nous applaudissons à ces vœux de réforme, sans oser espérer les voir réalisés d'ici longtemps.

M. BOULAY

**Recherches sur le nerf auditif, ses vaisseaux et ses ganglions,**  
par A. CANNIEU. Lille, Le Bigot frères, 1894, 1 vol. in-8.

Ce travail remarquable, fait sous la direction du professeur Coyne, a été entrepris dans le but de vérifier, par les nouvelles méthodes de technique, l'existence d'un amas de cellules ganglionnaires, autrefois décrit dans le tissu même du nerf auditif par cet auteur et contesté depuis. Ces recherches ont non-seulement confirmé les points établis par Coyne, mais ont révélé un certain nombre de faits anatomiques nouveaux. Malgré l'intérêt qu'ils présentent, il nous est impossible d'entrer dans les détails nombreux de ce travail qui ne peut qu'être lu dans l'original ; les conclusions auxquelles il aboutit en feront suffisamment ressortir l'importance.

1° Le nerf auditif et le facial, qui constituent la 7° et la 8° paire des nerfs crâniens chez l'homme et les mammifères supérieurs sont réunis chez la souris et doivent être comparés aux fibres motrices et sensitives d'une même paire crânienne, telle que le trijumeau et le glossopharyngien.

Si on pousse plus loin les analogies, on doit considérer le nerf auditif comme représentant la racine postérieure d'un nerf spinal.

2° Chez la souris, où le facial est réuni au ganglion de Scarpa, on voit des faisceaux nerveux issus de ce ganglion accompagner le facial et aller vers le ganglion géniculé où ils se perdent.

3° On observe également une bande de cellules ganglionnaires unissant ces deux ganglions, courant parallèlement à ces faisceaux.

4° Ce dernier fait vient à l'appui des recherches embryologiques de His, qui prétend que chez l'embryon humain, les ganglions de l'acoustique et le ganglion géniculé forment un seul et unique ganglion se séparant dans le cours du développement. De nos recherches, il ressort donc que la phylogénie vient, en cette circonstance encore, à l'appui de l'ontogénie.

Quant aux faisceaux nerveux surgissant du ganglion de Scarpa pour aller au ganglion géniculé, ils doivent être considérés, chez la souris, comme les équivalents morphologiques du nerf intermédiaire de Wrisberg, qui serait entièrement séparé de l'acoustique chez les formes supérieures (homme, chat). Encore, chez ces derniers, existerait-il des anastomoses entre l'intermédiaire et le ganglion de Scarpa, dernier vestige d'un état primitif.

5° L'amas de substance grise décrit autrefois par M. le professeur Coyne, constitue la partie intra-rocheuse d'un prolongement bulbaire pénétrant dans la partie interne du conduit auditif chez le chat, mais allant chez la souris jusqu'à la partie inférieure du troisième tour du spire limacéen.

Ce prolongement est morphologiquement comparable au bulbe olfactif. Chez les animaux jeunes, il est beaucoup moins développé que chez l'adulte ; chez la souris qui vient de naître, il n'existe pas encore.

6° Ce prolongement bulbaire est constitué par la partie inférieure et externe du noyau antérieur chez le chat. Il est formé par de la substance grise, entourée d'une couche de substance blanche.

Chez la souris, la substance blanche constitue seule ce prolongement qui n'est en rapport avec le noyau antérieur que par ses fibres supérieures. Ce prolongement donne naissance au nerf cochléaire seulement chez la souris. Chez le chat, certaines fibres du nerf vestibulaire pénètrent au milieu de sa substance.

7° Les cellules nerveuses de la partie inférieure du noyau antérieur ne sont pas comparables, ainsi que le décrivent les auteurs, aux cellules des ganglions spinaux. Indépendamment du prolongement de Deiters, en effet, elles possèdent encore une foule d'autres prolongements, très grêles, se ramifiant à l'infini de façon à constituer un réseau très fin autour de ces cellules. La finesse de ces prolongements explique la facilité avec laquelle ils ont passé inaperçus.

8° Les ganglions de Scarpa et celui de Corti sont les véritables noyaux de l'acoustique, chez les jeunes souris les nerfs sont parfaitement formés avant leur réunion à la substance bulbaire. Ce fait vient à l'appui des recherches embryologiques de His, et des travaux de Baginsky, de Bumm et de Monakow.

9° Les ganglions de Böttcher, celui de Scarpa, et celui que Corti et Schwalbe prétendent exister sur le nerf ampullaire postérieur, ne forment qu'un seul et unique ganglion.

10° Le nerf ampullaire postérieur, le nerf sacculaire ne sont

pas des émanations du nerf cochléaire, mais s'échappent du ganglion de Scarpa.

11° Les fibrilles nerveuses qu'on observe chez l'homme et chez le chat et qui vont à la partie inférieure du tour du spire inférieur constituent chez la souris un véritable nerf, se distribuant à toute la première moitié du tour du spire inférieur du limaçon.

12° De ce nerf partent des faisceaux nerveux, traversant la cloison, et se rendant au pôle central d'une cellule de Corti, avant de se terminer dans la papille spirale du limaçon.

13° Le nerf auditif, chez les mammifères, est constitué par deux nerfs, s'insérant séparément sur les parties latérales du bulbe : le nerf vestibulaire et le nerf cochléaire.

Chez l'homme, ces deux nerfs forment un tronc unique par leur réunion.

14° Le nerf vestibulaire sort du bulbe en avant du nerf cochléaire ; il constitue donc la racine antérieure de l'acoustique.

15° Les fibres du nerf vestibulaire et cochléaire, dans leur trajet médullaire, se partagent pour chacun d'eux en deux faisceaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, morphologiquement comparables aux racines ascendantes et descendantes des racines postérieures des nerfs spinaux.

16° Ces racines ne s'arrêtent pas dans le noyau antérieur, mais au niveau des amas de substance grise, situés sous le plancher du 4° ventricule.

17° Ces racines se terminent au niveau de ces amas comme les fibres postérieures de la moelle, c'est-à-dire que leurs cylindres axes ne sont pas en connexion avec les prolongements de Deiters des cellules nerveuses.

M. L.

---

## ANALYSES

## I. — OREILLE

Sur l'état de l'audition chez les personnes âgées, par TREITEL  
(*Médecine moderne*, 15 avril 1893).

T. a fait l'examen du tympan et l'épreuve manométrique du conduit chez 47 vieillards (24 hommes et 23 femmes) de 70 à 90 ans. Ces recherches montrent que la faculté auditive ne s'écarte pas beaucoup de la normale dans l'âge avancé.

F. HELME

Recherches sur la physiologie de l'organe de l'ouïe chez les nouveau-nés, par R. SACHS (*Arch. für. Ohrenheilk.* Vol. 35. Fasc. 1 et 2).

Après avoir rappelé les études de Küssmaul (1859), de Genzmer (1873) de Moldenhauer, de Preyer (1884) sur le même sujet, S. expose le résultat de ses recherches sur 18 nouveau-nés : le plus jeune de ceux-ci n'était âgé que de cinq heures, les autres avaient de un à dix jours. L'audition fut explorée dans le sommeil profond, dans le simple assoupissement, à l'état de veille, enfin pendant que les enfants étaient au sein. Chez tous S. obtint une réaction nette et forte aux bruits ; chez quelques-uns seulement il observa une faible réaction aux sons, et surtout sinon exclusivement, aux sons élevés ; chez d'autres les sons n'étaient perçus ni par la voie aérienne ni par la voix osseuse. Ce fait tendrait à faire croire qu'il existe des organes distincts pour la perception des bruits et pour celle des sons : peut-être les canaux semi-circulaires, déjà complètement formés, sont-ils les organes de perception des bruits, tandis que le labyrinthe, encore assoupi, reste pendant quelque temps hors d'état d'être impressionné par les sons purs.

L'auteur a fait en même temps quelques recherches sur le développement du sens de l'olfaction : il a constaté que dès le premier ou le second jour après la naissance l'odeur de la teinture d'assa fœtida impressionne l'enfant.

M. BOULAY.

**Sur les relations réciproques entre les deux oreilles**, par URBAN-TSCHITSCH (*Arch. für Ohrenheilk.* Vol. 35 Fasc. 1 et 2).

Il existe entre les deux oreilles des relations analogues à celles que l'on étudie depuis longtemps entre les deux yeux sous le nom d'affections sympathiques des globes oculaires. Ces rapports sont de même nature ou de nature différente : dans le premier cas les manifestations auriculaires sont de même ordre des deux côtés, c'est ce qui se passe lorsqu'une modification de la fonction auditive d'un côté entraîne une modification de la fonction auditive du côté opposé. Dans le second cas l'influence exercée par une oreille sur l'autre se traduit dans cette dernière par une manifestation qui n'a rien de commun avec la modification observée dans la première : telles sont les altérations de la fonction auditive produites d'un côté par l'excitation des nerfs de la sensibilité générale de l'autre oreille.

A. RELATIONS DE MÊME NATURE. Elles sont : *analogues*, lorsque les manifestations sont identiques des deux côtés (hyperesthésie ou dilatation vasculaire d'un côté suivie du développement du même phénomène de l'autre côté) ; *alternantes*, quand elles se produisent tantôt d'un côté tantôt de l'autre ; *contraires*, quand elles se traduisent par des modifications opposées (dilatation vasculaire ou hyperesthésie d'un pavillon avec rétrécissement vasculaire ou anesthésie de l'autre).

En ce qui concerne leur nature, les modifications observées peuvent être :

1° *vaso-motrices* : les expériences de C. Bernard et de Calleu-fels en démontrent la réalité.

2° *trophiques* : cette variété a été obtenue expérimentalement sur les animaux par Samuel, pour le pavillon, par Berthold pour la caisse. Il en cite quelques exemples personnels. Il n'est pas rare d'observer des otorrhées alternantes dans lesquelles la suppuration reparait d'un côté quand on est parvenu à la tarir de l'autre : il s'agit sans doute de phénomènes réflexes.

3° *sensitives* : elles sont fréquentes. Dans les otalgies tympaniques il n'est pas rare que les douleurs passent brusquement d'une oreille à l'autre ou que les accès douloureux s'accompagnent d'élançements passagers dans l'autre oreille. Dans un cas de U. l'ablation du marteau à droite fit disparaître définitivement des douleurs bilatérales.

4° *fonctionnelles* : elles concernent le pouvoir auditif et les bruits subjectifs. Dans plusieurs cas de catarrhe chronique des

caisses où la surdité était depuis des années beaucoup plus prononcée d'un côté, U. a vu la meilleure oreille devenir subitement et d'une façon durable la plus mauvaise, pendant que le pouvoir auditif s'améliorait du côté jusqu'alors le plus sourd ; il ne s'agissait nullement d'hystériques. Ces oscillations peuvent être périodiques et n'existent que pour certains sons. Les bruits subjectifs se prêtent aux mêmes considérations. A l'état physiologique on peut se rendre compte de l'influence exercée par les fonctions d'une oreille sur celles de l'autre en observant les différences dans la finesse de l'ouïe selon qu'on écoute avec une seule oreille ou avec les deux : on constate alors que toute cause d'affaiblissement ou d'augmentation du pouvoir auditif d'un côté provoque dans l'autre oreille une modification analogue. Qu'il s'agisse d'un réflexe sensoriel ou d'un phénomène d'accommodation synergique, il semble en effet que l'excitation d'une oreille par des ondes sonores favorise la perception par l'autre oreille. U. a montré par des expériences, que si des ondes sonores transmises par le téléphone successivement à l'oreille droite et à l'oreille gauche ne sont pas perçues, elles peuvent l'être si on les transmet simultanément aux deux oreilles. Ainsi s'explique que l'ablation d'un bouchon cérumineux puisse être suivi de l'accroissement du pouvoir auditif de l'autre oreille, ou bien encore que l'extraction du marteau ait été accompagnée, dans 4 cas observés par U., d'une amélioration de l'ouïe du côté opposé.

B. RELATIONS DE NATURE DIFFÉRENTE. Ex. : chez un malade de U., des bruits subjectifs intenses de l'oreille droite absolument sourde diminuaient peu à peu lors du passage de bougies dans la trompe opposée. On peut observer le phénomène inverse : production de bruits subjectifs dans l'oreille opposée à celle que l'on cathétérise. Une simple excitation de la peau du pavillon ou du conduit peut avoir les mêmes conséquences.

Conclusions : dans les affections auriculaires bilatérales, le traitement d'une oreille a parfois une action favorable sur la fonction auditive de l'autre ; les interventions opératoires sur l'appareil de conduction d'un côté, surtout quand elles ont pour résultat de supprimer les influences accomodatrices nuisibles sur l'autre oreille, peuvent non seulement retarder la perte de l'ouïe dans cette dernière, mais aussi y améliorer l'audition ou même la rendre normale.

**Sur l'audition double (diplacousie)**, par HANS DAAE (*Norsk magasin for lægevidenskaben*, p. 525, juin 1893. Analysé in *Revue intern. de bibliogr. méd.*, n° 15, p. 262, 10 août 1893).

L'auteur rend compte de 3 cas de diplacousie (diplakusis binauralis) qu'il a récemment observés. — I. Diplakusis harmonica et dysharmonica. A la suite d'une chute faite il y a deux ans environ, un homme, âgé d'environ 30 ans, éprouve une légère hémorragie de l'oreille gauche, suivie d'éblouissements, de surdité et d'un fin bruissement, qui a toutefois diminué considérablement depuis et n'a plus lieu que de temps à autre ; il devient d'une sensibilité douloureuse à l'égard de la musique, du chant et de la voix parlée, qu'il ne supporte qu'à distance et qui lui font le même effet que le grincement de métal sur métal. Les tons lui semblent plus bas à l'oreille gauche qu'à l'oreille droite. Il chantait auparavant comme amateur, mais a dû renoncer à toute jouissance musicale. Le pouvoir auditif a diminué à gauche, R. + 50, Galton 10-1, W. h. Le tympan est légèrement sclérosé. Nul signe de fêlure à aucun endroit. Les sons perçus par l'oreille gauche entre 67 et 7096 vibrations sont rabaisés d'une quinte, fait qui fut constaté à l'aide d'un piano exactement accordé. Après un cathétérisme de quelques jours, les sons « subjectifs » disparurent, ainsi que la sensibilité anormale vis-à-vis de la musique, du chant et de la voix parlée. Toutefois un examen sérieux constata encore une différence d'un demi-ton, c'est-à-dire une diplacousie dysharmonique. Avant comme après, les tons étaient saisis exactement, lorsqu'ils étaient transmis par la voie des os du crâne. — II. Diplakusis dysharmonica. Au cours d'un catarrhe aigu du conduit auditif, un violoniste âgé de 25 ans est sujet à une audition dysharmonique tout à fait discordante, l'oreille gauche percevant tous les sons un demi-ton plus haut que l'oreille droite. L'ouïe a baissé un peu à gauche, mais tous les sons y font une impression désagréable. Du côté droit, les sons sont saisis correctement. Le tubage fait disparaître peu à peu ces symptômes, la différence de ton ayant passé de  $1/4$  à  $1/8$ , à  $1/16$  pour se réduire finalement à 0. — III. Homme d'environ 60 ans ayant cessé il y a quatre ans environ de porter perruque. Il s'en suivit une otite catarrhale de l'oreille moyenne droite, et l'ouïe du sujet baissa pendant 6 mois. Il commença en même temps à percevoir un son en fa avec ronflements, de forts bruissements présentant les mêmes phases, et de temps à autre comme une fine sibilation de l'oreille droite. Lorsque les veines

de la tête se congestionnent, ces bruits deviennent continus. Ni éblouissement, ni maux de tête. L'oreille gauche perçoit correctement les sons entre 52 et 40.000 vibrations. L'oreille droite ne perçoit pas les sons compris entre 67 et 128 ; de 178 à 526, toutes les notes sont perçues comme des fa ; la perception est exacte entre 2.048 et 40.000 vibrations W. indiff. R. + 8 (droite) + 30 (gauche), transmission par les os du crâne correcte mais affaiblie. Si ce cas provient d'une affection de l'oreille interne, la théorie de l'audition donnée par Voltolini convient mieux que celle d'Helmholtz ; mais il est dû, suivant l'auteur, à une affection de l'oreille moyenne. Suivant l'auteur on peut dire : 1° que la diplacousie peut survenir dans des affections de l'oreille interne seule ; 2° de l'oreille moyenne seule ; 3° que dans les cas où les symptômes semblent se rapporter autant à une affection de l'oreille moyenne qu'à une affection de l'oreille interne, la diplacousie procède plus probablement de l'oreille moyenne ; 4° que la diplacousie tant harmonique que dysharmonique, peut procéder d'une affection de l'oreille interne.

**Faits cliniques dans le domaine de l'otologie,** par H. LUC (*Arch. intern. de laryng.*, n° 4, p. 212, juillet-août 1893).

I.—*Furonculose du conduit auditif simulant un abcès mastoïdien dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë.*— Jeune homme de 20 ans, atteint d'une otite moyenne aiguë à la suite d'un coryza. Incision du tympan, donnant issue à du sang mêlé du pus : néanmoins, quoique la caisse se vide bien et malgré un lavage fait par la sonde avec une solution de sublimé qui ressort aisément, les douleurs deviennent au bout de deux à trois jours si violentes qu'elles empêchent tout sommeil. La région mastoïdienne est gonflée, douloureuse à la pression ; il n'y a aucune tuméfaction du conduit. Cependant, malgré ces symptômes Luc et Lubet-Barbon rejettent l'hypothèse d'un abcès mastoïdien pour s'arrêter au diagnostic de furonculose du conduit, en se fondant : 1° sur l'absence de fièvre ; 2° sur la présence d'une adénite rétro-auriculaire ; 3° sur la prédominance de la douleur à la pression à la face postérieure du pavillon plutôt qu'au niveau du plan osseux mastoïdien ; 4° sur l'existence de deux points très douloureux mis en évidence par la pression avec le stylet sur la paroi antérieure et postérieure des conduits. Le malade étant insensibilisé au moyen du bromure d'éthyle, L. pratique deux incisions profondes du conduit au niveau des

points douloureux ci-dessus mentionnés : elles donnent issue à deux gros bourbillons ; dès lors le soulagement est complet : quelques jours après tout gonflement a disparu.

L. insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic qui provenait dans ce cas de la coexistence de la furonculose avec la suppuration de l'oreille moyenne et de la situation profonde de l'infiltration furonculaire, qui ne se traduisait par la présence d'aucune tuméfaction dans l'intérieur du conduit.

II. — *Ostéite fongueuse primitive de l'antre mastoïdien sans suppuration concomitante de la caisse du tympan, chez un enfant de trois mois et demi.* — Cet enfant présentait depuis trois semaines un gonflement derrière l'oreille gauche lorsque L. le voit pour la première fois : tuméfaction rouge, tendue, fluctuante offrant tous les caractères de l'abcès mastoïdien. Cependant il n'y avait jamais eu d'écoulement d'oreille ; la membrane tympanique est intacte. L'incision donne issue à deux cuillerées de pus non fétide ; à la surface de l'os se voit une petite perforation qui, élargie à la curette, conduit dans l'antre mastoïdien, rempli d'abondantes fongosités.

Il s'agit donc ici d'une ostéite mastoïdienne primitive, pathogéniquement liée à l'état général de l'enfant, et indépendante de toute inflammation tympanique ; de tels faits sont rares.

M. L.

**Syphilis du conduit auditif**, par MILLON (*Linthicum medical record*, 19 août 1893).

Granulations douloureuses saignantes prises pour des végétations d'otite moyenne ayant résisté au traitement ordinaire, guéries rapidement par le traitement général spécifique et les insufflations de calomel. L'existence d'un chancre plusieurs semaines avant l'inflammation de l'oreille était certaine, mais la date exacte ne put être précisée. En dehors des moyens employés M. croit que dans quelques cas on pourrait avoir recours aux cauterisations avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode, l'acide chromique en cas de végétations tenaces et volumineuses.

A. F. PLICQUE.

**Un cas de méningite purulente rapidement mortelle consécutif à l'otite moyenne aiguë**, par MARTIN (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 23, 5 juin 93).

Otite suppurée sans perforation du tympan, méningite surai-

guë consécutive ; les agents pyogènes étaient : le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus pyogenes citreus.

P. TISSIER.

**Notes d'otologie** par GUSTAV BRUNNER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 5 et 6, 1 et 15 mars 1893).

La longue pratique de Brunner donne quelque intérêt à ce travail à titre modeste. Il constate d'abord l'incurable indifférence du médecin en général pour ce qui touche l'oreille, indifférence nous semble insuffisante puisque ce sentiment provient de l'ignorance.

Pour les *corps étrangers*, Brunner recommande avant tout l'emploi de l'irrigation, considérant les pinces et les anses comme non sans dangers.

Le *catarrhe de l'oreille externe*, pour exceptionnel qu'il soit, se voit cependant quelquefois chez l'enfant et il peut alors simuler l'otite moyenne, ainsi d'ailleurs que le *furuncle*. Pour ce dernier, Brunner conseille des lavages boricués ou au sublimé 1/5000, le maintien d'un tampon boricué humide ou l'emploi d'huile salolée. Il n'incise que lorsqu'il y a du pus.

La *myringite aiguë* n'a guère qu'un intérêt théorique. Pour l'*otite aiguë suppurée*, le microbe n'est pas tout et le traitement antiphlogistique est encore le meilleur : repos, applications de glace ou froides, sangsues au besoin. La paracentèse n'est indiquée que lorsque le tympan est saillant ou lorsqu'il existe de vives douleurs. L'otite chronique suppurée ne guérit guère par les traitements antiseptiques, employés du reste par Brunner, qui se borne à repousser l'acide phénique et à vanter le sulfate de zinc à faibles doses 1 à 40/00.

L'*otite scléreuse* est l'aboutissant d'une otite catarrhale remonant quelquefois à la jeunesse et liée le plus souvent à un catarrhe du nez ou du pharynx. La forme sécrétante (otite moyenne séreuse) est ordinairement le résultat d'un processus aigu ou subaigu qui passe inaperçu parce qu'il n'est pas douloureux.

Le procédé de Politzer dans l'otite scléreuse a le plus souvent échoué dans les mains de Brunner. Il a mieux réussi par l'insufflation par la sonde de solution de sulfate de zinc à 1, 2, 30/00 d'iode : 1 à 30/00 d'iode avec 10/0 d'iodure de K. dans de l'eau. Il n'a eu qu'un seul succès avec les injections de pilocarpine. Il recommande plutôt le massage du tympan.

P. TISSIER.

**Un cas de polyarthrite consécutif à une otite moyenne aiguë**, par le prof. G. GRADENIGO (*Archivos internac. de rinol.* n° 32, p. 182, août 1893).

Un jeune homme de 22 ans, n'ayant jamais eu antérieurement d'affections de l'oreille ni de douleurs articulaires, est atteint le 1<sup>er</sup> janvier 1893 d'une violente otite moyenne aiguë gauche ; au bout de cinq jours, la suppuration s'établit sans que diminue l'intensité des douleurs. G. est appelé à voir ce malade au vingt-quatrième jour de son otite ; à ce moment il existe de l'otorrhée, avec tuméfaction diffuse sous-maxillaire ; mais l'apophyse mastoïde n'est pas douloureuse à la pression. Large débridement du tympan, et traitement local antiseptique énergique.

Le vingt-sixième jour, le malade est pris de frissons suivis d'une fièvre intense : une douleur apparaît au genou gauche, qui bientôt gagne les articulations du poignet et du pouce droit, ainsi que le cou de-pied gauche. Les articulations sont gonflées, et les téguments qui les recouvrent présentent de la rougeur. Cependant, grâce à de fortes doses de salol, la poussée articulaire s'éteint au bout de quatre jours. Mais la suppuration de l'oreille ne diminue pas ; la région apophysaire devient fluctuante : la trépanation est jugée nécessaire et amène la guérison.

Dans le pus de l'oreille existait un microcoque en chaînettes, que les cultures et les inoculations caractérisèrent comme streptocoque pyogène, et non pas comme cette forme atténuée de pneumocoque, qui se rencontre si souvent dans l'otite moyenne aiguë purulente, et dont les éléments se disposent également en chaînettes (Bordoni Uffreduzzi et Gradenigo). Ce streptocoque a été, dans le cas actuel, la cause de la polyarthrite ; et il est intéressant de rapprocher la bénignité de la complication articulaire de la malignité de l'otite protopathique, dont la guérison ne fut obtenue qu'au bout de quarante jours et au prix d'une trépanation.

M. L.

**Guérison chirurgicale d'un abcès cérébral, suite d'otite moyenne**, par MAX SCHEIER (de Berlin) (*Arch. intern. de laryng.*, n° 4, p. 193, juillet-août 1893).

On trouve dans la littérature médicale une vingtaine d'observations d'abcès cérébraux d'origine auriculaire, guéris définitivement par la trépanation. La rareté de ces faits engage l'auteur à

publier un autre cas d'abcès cérébral d'origine otique, observé à la station chirurgicale de l'hôpital municipal d'Urban à Berlin, et opéré avec succès par Körte. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, ayant depuis six ans un écoulement de pus par l'oreille droite ; cet écoulement momentanément tari dans les derniers temps, a brusquement reparu depuis trois semaines. A l'entrée à l'hôpital, le malade se plaint d'une violente céphalalgie ; il a 40°, mais ne présente aucun trouble moteur du côté des membres ni des yeux. Une large perforation postéro-inférieure de la membrane laisse voir la caisse pleine de pus ; l'apophyse mastoïde est douloureuse mais non tuméfiée. Les jours suivants, continuation de la fièvre, raideur du cou, somnolence ; on diagnostique une méningite généralisée, car il n'y a aucun signe d'abcès du cerveau ; cependant le 12 mai on pratique la trépanation ; après large ouverture de cellules mastoïdiennes, on pénètre sur un foyer purulent situé entre la dure-mère et l'os ; une ponction prudente montre que le sinus transverse n'est pas thrombosé. On découvre alors largement la dure-mère, mais comme elle présente partout des pulsations, on s'abstient de l'inciser. Le lendemain, la température tombe à 37° 3, le malade retrouve sa connaissance. Cependant les jours suivants, quoique le pouls et la température soient normaux et l'état général bon, le malade se met à pleurer sans cause, à devenir loquace, à faire des réponses dépourvues de sens ; en même temps, bien que son urine ne renferme ni sucre ni albumine, il est pris d'une boulimie intense, sans polydypsie ; il mange avec voracité. Le 27 mai, une quantité de pus fétide s'écoule de la plaie, qui cependant est en bonne vue de granulation. De nouveau on découvre la dure-mère, et on finit par rencontrer un abcès cérébral du volume d'un œuf de poule contenant environ une cuillerée à soupe de pus fétide, et sis en une région intermédiaire au lobe occipital et au lobe temporal ; lavage de la cavité de l'abcès avec une solution de lysol à 1 % ; drainage ; pansement humide renouvelé chaque jour. Après cette seconde opération, très vite disparaissent la boulimie, l'air maussade et larmoyant du patient. A la fin du mois d'août, celui-ci sort guéri de l'hôpital, l'oreille droite ne présente plus une goutte de pus. La voûte crânienne s'est régénérée sauf en un point où il reste une lacune osseuse du diamètre d'une pièce d'un thaler. Le malade est revu en décembre, parfaitement guéri, ayant son intelligence normale.

M. L.

**Contribution à l'étude du traitement de la dureté d'oreille.** Communication préliminaire par COHEN-KYSER (*Münch. med. Woch.* n° 34, 22 août 1893).

L'auteur partant de cette idée qu'une amélioration des symptômes pourrait se produire si l'on parvenait à faire disparaître les produits pathologiques accumulés dans l'oreille moyenne, dans les cas d'otite moyenne chronique atrophique ou d'otites suppurées taries, a essayé d'obtenir ce résultat en injectant du suc gastrique dans la caisse. Il se sert de suc gastrique naturel ou artificiel, et dans les cas graves de papaistine, ou d'un nouveau ferment végétal extrait de cette dernière substance.

Sans pouvoir donner encore des résultats définitifs, l'auteur prétend avoir obtenu dans 70 cas de sclérose une amélioration, soit modeste soit très prononcée.

Le manuel opératoire consiste à faire à l'aide d'une seringue de Pravaz modifiée, deux injections, l'une de 30 centigrammes dans le segment postéro-supérieur, la deuxième dans l'attique au-dessus de la courte apophyse.

D'après les expériences faites sur le cadavre avec de la gélatine, l'auteur a vu que la deuxième injection seule ne suffisait pas à humecter toute la partie supérieure de la caisse. En pratiquant la deuxième injection, tout l'appareil des osselets était humecté.

L. LIGHTWITZ

**De l'emploi de l'acide chromique en solution à 3 % dans le traitement de l'otite moyenne suppurée chronique,** par le Dr L. KATZ (*Therap. Monatshefte*, n° 7, juillet 93).

Katz emploie depuis 9 mois cette solution dans les otites moyennes suppurées chroniques. C'est surtout dans les cas de vaste perforation avec tuméfaction de la muqueuse de la caisse et tendance à la formation de granulations qu'elle se trouve indiquée. Le mode d'emploi consiste à nettoyer la caisse avec des injections tièdes, et faire une insufflation de Politzer, et à la sécher soigneusement. A l'aide d'une pipette on instille alors 6 ou 8 gouttes du liquide, qu'on cherche à faire pénétrer dans les anfractuosités de l'oreille moyenne, au moyen de pressions sur le tragus. On laisse le liquide dans l'oreille pendant deux minutes environ, puis on fait une nouvelle injection dans l'oreille. Le traitement doit être appliqué deux ou trois fois par semaine ;

déjà après la troisième séance on peut apercevoir une diminution notable de l'écoulement qui parfois est complètement tari **en même temps que la muqueuse se dégonfle.**

Dans quelques cas l'auteur a **observé** au bout de trois semaines une cicatrisation complète de la perforation.

Comme le liquide peut être toxique, même à ce **faible titre**, son emploi n'est pas indiqué chez l'enfant; son introduction **dans** la gorge à travers la trompe pouvant se produire. La douleur qui suit ces installations est très rare. L'auteur croit que l'acide chromique à ce taux est plus efficace que la solution de nitrate d'argent à 5 et 10 % conseillée par Schwartz. Cette supériorité peut s'expliquer par ce fait que l'acide chromique pénètre plus facilement les tissus, ainsi qu'on peut le voir en histologie. Dans certains cas on pourra successivement employer la solution d'acide chromique et la solution de nitrate d'argent.

L. LICHTWITZ.

**Otorrhée guérie temporairement après l'ablation de végétations adénoïdes**, par SMITH (*Medical record*, 19 août 1893).

L'otorrhée très abondante et très fétide cessa complètement après l'ablation des végétations adénoïdes. Mais elle reparut aussi abondante une fois la cicatrisation du pharynx complète. Smith pense que dans ce cas l'opération a agi en produisant une dérivation à distance (?)

A. F. PLICQUE.

**Progrès dus aux études bactériologiques dans le pronostic et le traitement des lésions de l'appareil auditif** par le prof. V. COZZOLINO (*Archivos internac. de rinol.* N<sup>os</sup> 29 et 31, p. 100 et 153. Mai et juillet 1893).

Exposé d'ensemble de cette question, fait avec clarté.

Les otites peuvent être *monomicrobiennes* ou *polymicrobiennes*; ces dernières résultent de l'association : 1<sup>o</sup> de plusieurs microbes pyogènes; 2<sup>o</sup> de microbes pyogènes et de micro-organismes spécifiques; 3<sup>o</sup> de pyogènes et de pathogènes avec des saprophytes. En général, les formes graves, rapidement destructives, sont celles où un agent spécifique s'associe à des microbes pyogènes, surtout au streptocoque.

Le pronostic dépend aussi de la voie par laquelle les agents pathogènes sont arrivés à l'oreille. Au cours des fièvres érup-

tives, l'infection tubaire ascendante donne généralement lieu à des otites légères : l'infection par voie sanguine est au contraire infiniment plus grave, atteignant en même temps la caisse et le labyrinthe. Les otites moyennes qui se développent à la suite de l'introduction de microbes dans la caisse par le conduit auditif interne, sont graves, *quoad functionem*, la fonction du nerf auditif est brusquement abolie ; et c'est ainsi que se produisent la plupart des surdi-mutités acquises, à la suite de méningites cérébro-spinales, de syphilis, etc.

Enfin le pronostic de l'otite est très sérieux, *quoad vitam*, quand les microbes pénètrent dans les canaux de Havers, qui établissent, à travers le diploé, une communication entre les vaisseaux de la caisse et les sinus de la dure-mère ; ainsi naît la pyémie, avec abcès métastatiques, au cours d'otites suppurées, d'apparence bénigne, sans complications locales.

L'évolution des otites aiguës monomicrobiennes présente quelques différences, suivant la nature de l'agent pathogène qui les a déterminées.

L'otite à *streptocoques* est la plus fréquente, la plus grave des otites moyennes aiguës ; elle est ordinairement bilatérale. Elle donne très souvent lieu à des complications mastoïdiennes ; mais le pronostic sévère qu'elle entraîne, tient surtout à la tendance qu'elle montre à déterminer des suppurations intracrâniennes.

L'otite à *pneumocoques* a une marche rapide, produit de bonne heure la perforation du tympan, et guérit facilement. L'exsudat de la caisse est épais, visqueux, de couleur moins jaune que le pus de l'otite streptococcique. Cette otite donne rarement lieu à la formation de collections purulentes intra-mastoïdiennes ou intra-crâniennes ; la méningite est la complication la plus à craindre avec elle, l'infection des méninges se faisant généralement par voie sanguine.

L'otite à *diplo-bacilles de Friedlaender* est extrêmement rare ; d'après Zaufal, qui l'a décrite, ce serait une otite séro-purulente, d'une gravité toute spéciale par la série de complications qu'elle engendre presque toujours.

L'otite à *staphylocoques dorés ou blancs* (moins souvent isolés qu'associée au pneumocoque ou au streptocoque) produit plus rarement des complications à distance, des suppurations lointaines, de l'infection générale, etc., que ne le fait l'otite à streptocoques.

**Sur les métastases pyohémiques dans les affections aiguës du temporal**, par EULEUSTEIN (*Monatschr. für Ohrenheilk*, n° 6, 1893.)

Bien que la présence de veines dans l'intimité des os soit une cause fréquente de thrombose dans les suppurations de l'oreille, les faits de pyohémie sont assez rares. D'ailleurs la pyohémie peut résulter non seulement du passage dans la circulation de thrombi infectés, mais aussi de la pénétration directe de coques dans le sang.

Le plus grand nombre des observations se rapportent à des cas d'otite moyenne suppurée chronique, celles consécutives à l'otite purulente aiguë sont beaucoup plus rares.

Euleustein a réuni 24 cas indiscutables de pyohémie d'origine auriculaire. Il y a souvent alors thrombose veineuse (sinus transverse et veine jugulaire, sinus pétreux supérieur et caverneux), (13/11 cas).

La pyohémie consécutive à l'otite purulente aiguë est le plus souvent précédée de thrombose.

Un des meilleurs signes annonçant la pyohémie est le frisson (17/4).

Les métastases atteignent par ordre de fréquence : le poumon et la plèvre (8 fois), le genou (4 fois), l'articulation clavi-sternale (2 fois), les reins (2 fois), etc.

En général ce sont les articulations qui sont le plus souvent prises.

L'issue fut treize fois mortelle, dix fois la guérison. La thrombose du sinus, les complications pleuro-pulmonaires sont d'un pronostic défavorable.

Euleustein rapporte une observation à issue favorable : il s'agissait d'une fillette de 11 ans dont l'otite gauche avait succédé à une légère angine lacunaire.

Malgré l'ablation d'une granulation gênant l'issue du pus, malgré une trépanation du cartilage de l'apophyse mastoïde, en apparence indemne, trépanation qui montre que la lésion se dirigeait plutôt du côté du sinus transverse ; malgré la mise à nu du sinus (écoulement du pus), les douleurs persistèrent, la fièvre resta élevée avec rémission matinale. Il se produisit une suppuration de l'articulation sterno-claviculaire droite qui fut ouverte, et plus tard de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le malade guérit complètement.

Ainsi en dépit de l'existence de perforation tympanique laissant le libre écoulement du pus, lorsqu'il y a de la fièvre avec

rémission matinale, il ne faut pas hésiter à ouvrir la mastoïde et à rechercher un autre foyer purulent même en l'absence de mastoïdite. Si l'on ne trouve pas de pus on devra arriver aux sinus et à la fosse temporale.

P. TISSIER.

**De la carie nécrotique et des séquestres de l'os temporal chez les enfants,** par G. FERRERI (*Arch. ital. di otol.* 403, 1893).

Après quelques considérations générales sur la nécrose du temporal et en particulier sur les séquestres de la capsule labyrinthique chez l'enfant, l'auteur s'attache à en étudier la pathogénie, les lésions microscopiques et le traitement. Les lésions lui paraissent rarement atteindre l'os d'emblée; la nécrose est presque toujours consécutive à des altérations des parties molles, surtout à la périostite de la caisse consécutive à une otite moyenne purulente chronique. Au début du processus, on observe la chute de l'épithélium de la muqueuse, puis l'infiltration du tissu conjonctif sous-jacent; ensuite la muqueuse s'ulcère. Au niveau des points ulcérés, les couches superficielles de l'os se nécrosent et s'exfolient: une infiltration de petites cellules envahit les parties nécrosées et s'avancent dans la profondeur en suivant les tissus périvasculaires. Autour des vaisseaux on voit çà et là de jeunes granulations qui ne tardent pas à envahir les lamelles osseuses environnantes et y déterminent les mêmes altérations que dans les couches superficielles de l'os. Dans les cas plus avancés on note une nécrose étendue des trabécules osseuses, et autour un tissu de granulations dans lequel on distingue, sur les coupes traitées par les couleurs d'aniline, des accumulations de microorganismes revêtant pour la plupart la forme de cocci. La technique suivie fut celle-ci: fixation dans l'alcool absolu; décalcification dans une solution contenant 1 gr. de fluoroglycine, 5 gr. d'acide chlorhydrique, 50 gr. d'eau distillée et 100 gr. d'alcool; lavage dans l'alcool à 40° jusqu'à ce que la pièce ait perdu sa couleur; passage dans l'alcool absolu et inclusion dans la celloïdine. Comme traitement F. fait l'ablation des séquestres, puis, comme les parties malades ne sont ordinairement pas toutes accessibles aux instruments, il va les atteindre avec une solution de chlorure de zinc à 1/10 de la façon suivante: l'extraction du séquestre étant achevée, il fait une irrigation au sublimé, puis sèche la plaie avec un tampon d'ouate antiseptique; il porte alors au fond de la plaie un tam-

pon d'ouate à peine imbibée de la solution de chlorure de zinc ; il applique par dessus de la gaze et de l'ouate sèche. Les jours suivants la plaie est recouverte d'une pellicule blanche et la sécrétion a perdu sa mauvaise odeur.

M. BOULAY.

**Pachyméningite dépendant d'une otite.** Observation lue par M. O'CARROLI à l'Académie royale d'Irlande (*Bulletin médical*, n° 39, 17 mai 1893).

Il s'agit d'un enfant de 10 ans à l'autopsie duquel l'auteur a constaté une pachyméningite qui avait eu son point de départ dans une otite. Le petit malade avait présenté des attaques épileptiformes limitées au côté gauche, cela pendant 9 mois. Il mourut d'un érysipèle de la face. Pendant la vie on n'avait rien tenté du côté des oreilles.

A l'autopsie, on trouva la dure-mère épaissie surtout au niveau de la région pariétale droite. Elle adhérait aux autres méninges et à la substance corticale, elle était infiltrée d'une matière purulente d'origine ancienne. L'oreille moyenne était pleine de pus.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que l'inflammation s'était localisée en un point des méninges sans se localiser à toute la surface. Les crises épileptiformes provenaient, plutôt des brides fibreuses cicatricielles dont on constata la présence au niveau de la substance corticale, que de l'irritation produite par le pus ou par la dure-mère épaissie.

F. HELME.

**Sur l'amusie**, par le Dr PAUL BLOCQ (*Rev. de clin. et de thérap.*, 10 mars 1893).

L'amnésie est à la faculté de la musique ce que l'aphasie est à la faculté du langage.

D'après Charcot et la plupart des neurologistes et des psychologues, on sait que le mot est un complexus à la formation duquel concourent quatre éléments : la mémoire auditive, la visuelle, la mémoire motrice d'articulation et la motrice graphique. On peut décomposer la note musicale en éléments analogues. Il est facile de se rendre compte en effet que la note de musique peut être entendue, appréciée, reconnue, lue et chantée, enfin écrite mentalement. Il y a de plus, en ce qui concerne

la musique, des représentations mentales correspondant au jeu des divers instruments. Parmi les éléments, l'auditif est certainement le premier formé ; l'élément moteur d'articulation apparaît ensuite. Les autres éléments ne prennent naissance que s'il y a eu une éducation particulière.

Il existe donc pour la musique des images auditives, des images visuelles, des images motrices d'articulation, graphiques et instrumentales. Chaque espèce d'image est susceptible de disparaître, et alors on a affaire à autant de formes simples d'amusie. D'autre part, toutes les images étant supprimées ensemble, il en résulte une amusie totale ou complexe.

On aura de cette façon l'amusie auditive, ou perte pour le sujet de la faculté d'apprécier les sons musicaux ; l'amusie motrice, ou impossibilité de chanter ; l'alexie musicale, ou perte de la faculté de lire la musique ; l'amimie musicale, quand le malade est devenu incapable de jouer d'un instrument. Quant à l'agraphie musicale, ou impossibilité d'écrire les notes de musique, il n'en existe pas encore d'observation.

F. HELME.

## II. — NEZ ET SINUS

**Un cas de surdi-mutité hystérique**, par le prof. G. LEMOINE, de Lille (*Médecine moderne*, n° 43, p. 542, 31 mai 1893).

Le mutisme, la surdité hystérique se rencontrent parfois : la surdi-mutité hystérique complète est au contraire une rareté pathologique ; à ce point de vue, l'observation rapportée par L. présente un vif intérêt.

Homme de 40 ans, ouvrier frappeur, amené à l'hôpital dans un état de surdi-mutité complète. Sujet extrêmement irritable, ayant eu antérieurement pendant trois ans de grandes crises d'hystérie convulsive. A la suite d'une violente colère, il ressent pendant quarante-huit heures des frémissements, de la constriction épigastrique ; il est pris d'idées de persécution ; le deuxième jour, il tombe comme une masse ; il reste une heure et demie dans le coma ; en revenant à lui il est sourd-muet et ne peut marcher. — Au moment de son entrée à l'hôpital, la mémoire, l'intelligence sont intactes ; légère parésie des membres infé-

rieurs ; placards d'anesthésie et d'hyperesthésie inégalement distribués sur toute la surface du corps. L'articulation des mots est impossible : le malade n'émet que des sons rauques. La surdité est complète, pour la voix haute ; de même, la perception crânienne a disparu pour la montre appliquée sur le frontal ou sur l'apophyse mastoïde : anesthésie complète du tympan. Pas de trouble de l'odorat ni du goût ; le champ visuel n'est pas rétréci.

Le traitement par hypnotisme et suggestion s'imposait, mais comment, pendant le sommeil, se mettre en communication avec un sujet absolument sourd ? Il fallait, pour le faire entendre, lui faire faire, à l'aide du toucher, une auto-suggestion qui, une fois commencée, serait facilement développée. On plonge donc le malade dans le sommeil hypnotique à l'aide du miroir rotatif ; on ferme les conduits auditifs avec les doigts, pour créer une auto-suggestion relative au sens de l'ouïe, puis, subitement, on écarte les mains en criant : « Entendez. » A la troisième fois, l'audition commence à reparaitre, et s'accroît rapidement. Puis on lui suggère qu'il peut parler. Et à la fin de la séance d'hypnotisme, qui n'a pas duré plus d'un quart d'heure, audition et parole sont revenues.

Sous quelle influence ce sujet hystérique a-t-il fait de la surdi-mutité ? L. croit à une auto-suggestion. Depuis un an ce malade avait vu son oreille gauche perdre un peu de son acuité, ce qui était la conséquence de son métier de frappeur, et il s'en préoccupait, craignant d'aboutir à une surdité complète. Auto-suggestion analogue pour ce qui concerne le mutisme ; après une violente discussion, cet ouvrier s'entêta pendant toute une journée à ne pas parler, disant à sa femme qu'il n'avait déjà que trop parlé avec son patron. Survient l'ictus : et les deux auto-suggestions se superposent pour créer la surdi-mutité.

M. L.

**Recherches sur le sens de l'odorat**, par Savelieff (*Neurologisches Centralblatt*, 23 mai 1893).

A l'aide d'un nouvel olfactomètre qu'il a imaginé, S. a déterminé la sensibilité olfactive pour divers corps odorants et dressé le tableau suivant ; pour obtenir des résultats précis, il y a avantage à n'interroger l'odorat, dans une même séance, qu'avec

un très petit nombre de corps, le nerf olfactif s'épuisant très rapidement.

1. L'éther sulfurique, dans une solution . . .	à 1 pour	800.000
2. La vanilline	» . . . à 1 »	10.000.000
3. La coumarine	» . . . à 1 »	1.000.000
4. L'essence de bergamotte	» . . . à 1 »	4.000.000
5. L'essence de cèdre	» . . . à 1 »	32.000.000
6. L'essence de genévrier	» . . . à 1 »	64.000.000
7. L'essence de cannelle	» . . . à 1 »	20.000.000
8. L'essence de citron	» . . . à 1 »	16.000.000
9. L'essence d'anis	» . . . à 1 »	16.000.000
10. L'essence de lavande	» . . . à 1 »	8.000.000
11. L'essence de térébenthine	» . . . à 1 »	16.000.000
12. L'essence de fenouil	» . . . à 1 »	8.000.000
13. L'essence de girofle	» . . . à 1 »	2.000.000
14. L'essence de roses	» . . . à 1 »	8.000.000
15. L'essence de menthe poivrée	» . . . à 1 »	64.000.000
16. L'essence de romarin	» . . . à 1 »	16.000.000
17. Le baume de copahu	» . . . à 1 »	32.000.000
18. Le camphre	» . . . à 1 »	400.000
19. Le musc	» . . . à 1 »	8.000.000
20. L'assa foetida	» . . . à 1 »	200.000
21. L'iode	» . . . à 1 »	200.000

Sur la pathologie des polypes du nez, par S. E. ALLEN (*The Cincinnati Lancet-Clinic*, d'après la *Revista medico-quirurgica americana*, vol. 1, n° 8, p. 250, avril 1893).

Les polypes du nez sont de simples produits d'inflammation, dont la genèse et la forme dépendent de conditions purement mécaniques. Voici comment les choses se passent probablement : sous l'influence d'une inflammation chronique, la membrane pituitaire se relâche et s'infiltre de liquide et de cellules rondes. La tuméfaction du cornet inférieur, qui en est le premier effet apparent, amène une suppression partielle de la respiration par le nez : d'où résulte un abaissement de la pression intra-nasale qui devient inférieur à la tension vasculaire ; de la rupture de cet équilibre de pression naissent sur la muqueuse des points d'œdème circonscrits ; une fois formées, ces saillies ont une naturelle tendance à grossir de plus en plus ; et sous la double influence combinée du processus inflammatoire et de l'aspiration mécanique, peu à peu des polypes se forment. Cette

physiologie pathologique peut être généralisée à tous les processus hypertrophiques qui atteignent la pituitaire, polypes et dégénérescences polypoïdes.

M. L.

**Sur une forme non encore décrite de coryza professionnel**, par  
LUDWIG POLYAK (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 1, 2 janvier 1893).

Chez une femme présentant de graves lésions syphilitiques du nez, [perforations multiples de la cloison, large perte de substance de la paroi externe allant de la bulle ethmoïdale au plancher, ayant détruit à ce niveau le cornet inférieur et mettant le méat moyen en large communication avec le sinus maxillaire (cas analogue de *Chiari*)].

La respiration de poussière de poudre à bronzer employée dans les imprimeries et composée de cuivre, de zinc et d'étain finement pulvérisés, par l'irritation mécanique et chimique (formations de chlorure de cuivre et de zinc), qu'elle amène avait éveillé et prolongé l'évolution des lésions syphilitiques.

Cette poudre très fine détermine souvent un chatouillement, une chaleur dans les fosses nasales, un écoulement muqueux abondant, parfois des douleurs de tête et des épistaxis. La lésion objective, trouvée dans tous les cas, fut une rhinite chronique intense et parfois des érosions superficielles sur la cloison ou les cornets. La cloison peut être ainsi perforée.

P. TISSIER.

**Polypes de la cloison nasale**, par NATIER (*France médicale*, 19 mai 1893).

Deux fait personnels et un du Dr Lange, de Copenhague. Les sujets sont jeunes, 20 à 30 ans, la marche des tumeurs semble avoir été très bénigne ; mais la relation est incomplète, car l'examen anatomo-pathologique manque et ce critérium me semble indispensable pour classer ces faits ; on pourrait croire d'après l'examen de la pièce du malade de Lange, que l'auteur croit semblable à celles de ses malades, qu'il s'agit de *sarcomes téléangiectasiques* ; or ce nom n'a pas été prononcé, et à ce propos je rappellerai au Dr Natier que je viens de publier sous le nom de sarcomes, avec la collaboration du Dr Héлары, une longue étude sur ces sortes de tumeurs. (*Annales des Mal. de l'or. et du*

lar., avril 1893), que je crois absolument semblables à celles qu'il décrit dans son mémoire; et l'épithète de tumeurs bénignes pourrait bien se trouver quelque peu risquée dans ces cas.

A. G.

**Nouvel instrument pour redresser la cloison nasale déviée**, par DE ROSSI (*Arch. ital. di otolog.*, etc., n° 2, 1893).

L'instrument se compose de deux lames d'acier recouvertes sur leur face interne d'une feuille de gomme élastique; on introduit chacune d'elles dans l'une des narines, puis on les rapproche en les maintenant parallèles à l'aide de deux chevilles et d'une vis intermédiaire. Le redressement de la cloison s'obtient avec une certaine douceur au moyen d'une vis à long pas mue par un volant. L'instrument peut rester en place quelques minutes ou plusieurs heures selon les besoins. On le retire en démontant les pièces dont il est composé.

M. B.

**La névrose nasale réflexe**, par FLEISS (de Berlin), (*12<sup>e</sup> Congrès allemand de médecine interne*, analysé d'après la *Médecine moderne*, n° 34, p. 435, 29 avril 1893).

On a, jusqu'à présent parlé, depuis Hack, de névrose réflexe nasale, et on en a particulièrement fait dériver la migraine, certaines formes d'asthme et les douleurs de tête. Mais il y a un nombre plus considérable de symptômes qui, provenant du nez, par suite doivent être décrits comme des névroses réflexes nasales, et constituent un *complexus symptomatique plein d'unité*. F. a le premier donné la description de ces symptômes, description fondée sur l'histoire de 130 malades. Pour la description on peut diviser les symptômes 1° en symptômes portant sur la tête : maux de têtes, congestion, vertiges, intelligence affaiblie, sommeil inquiet avec cauchemars, intolérance à l'égard des boissons alcooliques; 2° en douleurs névralgiques dans des régions typiques du corps : douleur à l'angle inférieur de l'omoplate ou entre les deux omoplates, douleurs au niveau de l'apophyse xyphoïde du sternum, douleurs dans la région rénale — ces trois signes sont tout à fait pathognomoniques de la névrose — en outre douleurs dans les bras, dans les espaces intercostaux, dans la région précordiale, au niveau de l'estomac dans les hypocondres, dans la région lombaire et dans la sphère du

nerf sciatique ; 3° enfin en symptômes fonctionnels organiques : troubles de l'estomac, sensation de pesanteur, perte d'appétit, nausées, vomissements, dyspepsie acide ; troubles cardiaques : palpitations ; troubles respiratoires : anhélation allant jusqu'à l'asthme ; troubles cutanés : pâleur, refroidissement et frissons ; troubles utérins : désordre de la menstruation et tendance à l'avortement.

Tous ces symptômes pris isolément n'ont qu'une signification médiocre, mais quand ils se trouvent réunis ils caractérisent la névrose.

Ce qui prouve que ces symptômes, malgré leur diversité, ont leur origine unique dans la région nasale, c'est non-seulement leur réunion simultanée mais encore leur disparition simultanée par la cocaïnisation du nez.

Ce complexe symptomatique n'est pas toujours extrêmement marqué, il existe de nombreuses formes frustes comme dans d'autres maladies. Plus l'examen des commémoratifs est poussé loin et plus on trouve dans ces formes atténuées les traces des symptômes absents. Très souvent une récurrence de la névrose les complète en tout ou partie.

Les altérations nasales qui engendrent la névrose sont de deux ordres : 1° altérations organiques, produites par une maladie infectieuse qui a atteint le nez, scarlatine, rougeole et surtout influenza ; 2° altérations fonctionnelles, vaso-motrices, le plus souvent causées par la neurasthénie.

Néanmoins, ce sont surtout les polypes muqueux qui donnent lieu aux accidents réflexes les plus caractéristiques.

Le traitement des altérations nasales organiques peut être purement chirurgical et amener la disparition définitive de la névrose réflexe. Le traitement des tuméfactions vaso-motrices nasales ne doit pas seulement être local ; il doit surtout viser à supprimer la neurasthénie qui les engendre, principalement en écartant les influences sexuelles qui entretiennent celle-ci.

M. L.

**Le Rhinosclérome**, par GEORG JUFFINGER (*Wiener klin. Wochens.*, n° 46, p. 301, 1893).

Ce sont des recherches cliniques portant sur trente-huit cas, observés pendant longtemps, et basés sur des examens anatomiques. Au point de vue de l'étiologie, il n'y a aucune indication nouvelle. La maladie débute ordinairement dans les cavités

nasales. L'intérêt principal de ce travail repose sur la description des formes cliniques de la maladie. L'anatomie pathologique ne présente non plus rien de particulier à signaler.

G. H.

**Pronostic de la fièvre des foin** par GREVILLE MACDONALD (*The practitioner*, avril 1893).

L'auteur pose en principe, que moins les fosses nasales de ces malades présentent de lésions objectives, plus l'amélioration de leur névrose est difficile à obtenir ; en un mot, le traitement local donne des résultats d'autant meilleurs que les altérations locales semblent le solliciter davantage, surtout quand il existe des éperons qui obstruent le méat inférieur et qui forcent le courant d'air inspiré à passer par la voie du méat moyen, où il frôle une muqueuse beaucoup plus sensible. Parmi les lésions du nez, la rhinite hypertrophique est celle dont le traitement donne les meilleurs résultats ; la régularisation des déviations et éperons de la cloison, fournit de moins brillants succès ; enfin la simple hyperémie des cornets inférieurs est l'altération la plus rebelle. Dans tous les cas, G. considère le traitement nasal de la fièvre de foin comme donnant d'heureux résultats ; et grâce à lui, un malade qui devait antérieurement garder la chambre deux mois par an, n'aura plus que quelques étternuements quand il se trouvera dans une atmosphère poussiéreuse.

M. L.

**De la valeur de la méthode conservatrice dans le traitement de quelques affections communes du nez et de la gorge chez les enfants**, par BEVERLEY ROBINSON (d'après l'analyse de la *Revista medico-quirurgica*. N° 10, p. 294, juin 1893).

Un grand nombre d'enfants se présentent à nous avec la voix enrouée et le nez obstrué ; R. conseille d'être vis-à-vis d'eux aussi sobre que possible d'interventions opératoires : les cautérisations énergiques (galvanocautère, acide nitrique, acide chromique) doivent être également écartées. Il faut se contenter d'appliquer avec une boulette de coton sur les parties malades, principalement sur les cornets tuméfiés soit de l'acide acétique cristallisable, soit un mélange à parties égales d'acide phénique et de glycérine. Il est inutile, pour une intervention aussi courte, de cocaïniser le nez ; du reste, la cocaïne est inutile dans le jeune

âge ; ce qu'il faudrait supprimer chez l'enfant c'est moins la douleur que la peur, et, contre elle, elle est inefficace.

L'obstruction nasale est souvent dans le jeune âge la cause d'otites purulentes. Dans beaucoup de cas la persistance de douleurs, l'anémie, les désordres abdominaux, l'émission d'une urine très chargée indiquent l'existence d'une diathèse rhumatismale ; on obtient alors par les salicylates et les alcalins, joints à une hygiène générale appropriée, une guérison beaucoup plus rapide que par n'importe quel traitement local.

Les amygdales fortement hypertrophiées doivent-être sectionnées à l'amygdalotome ; dans bien des cas, on peut se contenter d'une ablation partielle, à la suite de laquelle la portion de glande restée en place se rétracte notablement ; l'hémorrhagie n'est presque jamais à redouter si préalablement on a eu soin de séparer les amygdales des piliers antérieurs, avec lesquels elles contractent des adhérences habituelles.

M. L.

**Sur l'emploi de sondes dilatatrices en chirurgie nasale, par ERNST WINCKLER (*Monatschr. für Ohrenheilk* n° 6, juin, 1893).**

L'idée de traiter des sténoses nasales par les bougies et sondes dilatatrices (comme les sténoses uréthrales) est une vieille idée. Jusqu'ici on a eu recours à des bougies cylindriques, ne répondant pas du tout au but cherché. Winckler a fait construire des bougies métalliques dont une des faces est aplatie du côté de la cloison, tandis que l'autre est plus ou moins convexe. La longueur des sondes est celle des fosses nasales ; leur hauteur est celle qu'introduites dans le nez elles atteignent la lèvre supérieure du cornet inférieur.

Ces sondes sont introduites après cocainisation, elles sont montées sur un manche avec lequel elles font un angle de 145° environ.

Elles donnent de bons résultats : 1° dans le cas de synéchies récidivantes ; 2° contre les hypertrophies du cornet inférieur : Elles ont dans ce dernier cas une utilité diagnostique et curative. En déterminant assez rapidement l'affaissement de la muqueuse tuméfiée elles permettent un examen plus complet des fosses nasales.

P. TISSIER.

**Le nez et l'espace naso-pharyngien dans leurs rapports avec quelques maladies, notamment avec l'asthme et la scrofule,** par BOCKMANN (*Médecine moderne*, 29 mars 1893).

M. Bockmann a lu sur ce sujet à la Société de médecine interne de Berlin, un mémoire dont les conclusions sont les suivantes :

Dans l'occlusion des narines, les malades sont forcés de dormir la bouche ouverte. Il en résulte le dessèchement de la muqueuse des voies aériennes, de la bouche aux bronchioles. Il s'ensuit que la résistance de frottement que l'air aspiré rencontre, augmente pendant l'inspiration et l'expiration, de sorte que le patient doit respirer plus profondément, ce qui détermine de l'emphysème pulmonaire et des accès d'asthme.

F. HELME.

**Incontinence nocturne d'urine produite par des lésions naso-pharyngiennes,** par J. DIONISIO (*Gaz. med. di Torino*, juin 1893).

Fillette de dix ans, atteinte de végétations adénoïdes, qui l'obligent à dormir la bouche ouverte ; le sommeil est agité et troublé par des mictions involontaires. L'ablation des végétations fait cesser l'incontinence nocturne d'urine. L'auteur admet que la patiente, en raison de son sommeil incomplet, éprouvait en dormant la sensation de la vessie distendue et ne pouvait résister au besoin de la vider.

M. L.

**Moyen d'éviter l'hémorrhagie après l'ablation des végétations adénoïdes,** par H. CURTIS (d'après l'analyse de la *Revista medico-quirurgica*, n° 40, p. 296, juin 1893).

Le tamponnement postérieur est un moyen fort peu satisfaisant. Il est bien préférable, en pareil cas, de faire une ligature modérément serrée des extrémités avec un tube de caoutchouc pour éviter le retour du sang veineux dans la circulation : la tension artérielle s'abaisse ainsi suffisamment pour qu'un caillot ait le temps de se former sur la plaie opératoire. Si au bout de deux minutes l'hémorrhagie ne s'arrête pas, on pratique d'abord les ligatures d'un membre ; si elle continue, on en lie généralement trois. Quand le danger est passé, il faut avoir soin de re-

tirer la ligature lentement et successivement. On peut, en même temps, pratiquer un tamponnement de la plaie en introduisant par les narines des sondes droites terminées par un tampon de ouate et les maintenant fortement appuyées contre la voûte du pharynx, ce qui, pour le malade, est beaucoup moins désagréable que le tamponnement du cavum fait par la bouche.

M. L.

**Nouvelle méthode pour pratiquer l'extraction des polypes naso-pharyngiens**, par OLLIER (de Lyon.) (*Association française pour l'avancement des sciences*, Congrès de Besançon, 1893).

Pour obtenir un très large champ opératoire, O. pratique une incision en fer à cheval, dont le sommet embrasse la racine du nez et les branches suivent les sillons naso-géniens ; il donne ensuite un coup de ciseau à la cloison, et rabat le nez en bas. Cette grande ouverture permet de bien reconnaître le point d'implantation du polype au niveau de l'apophyse basilaire : il devient alors facile d'appliquer une pince sur le pédicule, et de l'arracher avec toutes ses racines, ce qui diminue considérablement les chances de récurrence.

La voie palatine, conseillée par Nélaton, produit d'irréparables mutilations. Au contraire, l'opération actuelle donne d'excellents résultats au point de vue esthétique.

M. L.

**Sur les blessures par arme à feu du nez et des sinus**, par MAX SCHEIER (*Berlin klin, Wochenschr.*, p. 395, n° 17, 24 avril 93).

Le premier cas concerne une blessure par arme à feu du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal. Il se produisit une paralysie totale du nerf trijumeau droit (sauf le nerf buccinateur), du nerf optique et du nerf olfactif droit.

Ces troubles se montrèrent immédiatement et sont dus à ce que la balle venant du côté droit s'est dirigée vers l'orbite et de là, à travers la lame papyracée, a pénétré dans le labyrinthe ethmoïdal. Il y avait sans doute fracture de la base du crâne partant de la lame criblée.

La balle resta sans doute dans le sinus ethmoïdal (elle ne déterminait que quelques épistaxis et une sensation de corps étranger). Ce n'est pas le seul cas de séjour silencieux prolongé d'une balle dans le sinus frontal : cas de Baudens, issue spontanée par

les choanes au bout de 12 ans ; cas de *Demirne*, 13, 18 et 25 ans, même issue spontanée ; cas de *Oppenheim*, 12 ans ; mais ici, il y avait blennorrhée purulente. On peut extraire la balle solidement fixée dans le méat moyen par la voie rétro-nasale.

Les blessures, par armes à feu, déterminent rarement de l'anosmie : *Jobert* l'a vue après une blessure du bulbe olfactif. *König* a publié un cas ; dans le compte-rendu de la guerre de 1870-71, on trouve 4 cas de blessure du nerf olfactif. Citons encore le cas de *Briedel*.

Le second cas est une blessure de l'antre d'Higmore : la balle reste silencieuse (2 ans) ; le troisième est une blessure du palais osseux et des fosses nasales.

P. TISSIER.

**Empyème du sinus maxillaire, consécutif au tamponnement total de la fosse nasale gauche**, par GELLÉ (*Arch. intern. de laryng.* Tome VI, n° 3, p. 140, mai-juin 1893).

On admet généralement que les accidents infectieux, otite moyenne, etc., qui se montrent si souvent à la suite du tamponnement postérieur des fosses nasales, se rencontrent au contraire fort rarement au cours du tamponnement pratiqué après les opérations intra-nasales, sans doute parce que ce tamponnement total n'enclôt pas, comme le tampon postérieur ou inférieur un foyer de putréfaction. Le cas que rapporte G. prouve que le danger peut naître également du tamponnement total.

Il s'agit d'un malade de soixante ans, chez lequel, pour arrêter une formidable épistaxis, on pratique un tamponnement total de la cavité nasale à l'aide de charpie en queue de cerf-volant. Ce n'est qu'au bout de dix jours que, gêné par l'odeur infecte que répand son nez, le malade tolère qu'on lui enlève ce tampon. Le soir même frisson et fièvre, cédant bien vite aux lavages antiseptiques du nez et en même temps écoulement nasal mucopurulent, fétide, persistant. Quelque temps après, retour de la fièvre, douleurs vives dans la moitié gauche de la face ; gonflement de la joue avec œdème de la paupière inférieure. Un an après le début des accidents, il y avait encore un écoulement fétide par la narine gauche.

M. L.

**Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente. Traitement par l'ouverture de l'os frontal et le curettage du foyer. Guérison incomplète.** par H. LUC (*Arch. intern. de laryng.* n° 4, p. 216, juillet-août 1893).

Observation fort intéressante d'un femme de cinquante-quatre ans, atteinte depuis six ans d'une suppuration fétide de la narine droite. L. crut d'abord à un abcès du sinus maxillaire droit, en raison d'une moindre transparence de la joue de ce côté à l'éclairage électrique et d'une carie légère de la deuxième grosse molaire droite ; il ouvrit l'antre d'Himore, mais trouva celui-ci intact. Le pus continuant à apparaître dans la région du méat moyen, L. s'arrêta à l'idée d'une ethmoïdite suppurée, mais après plusieurs mois employés à débarrasser le méat de masses hypertrophiques qui l'encombraient, il reconnut, à l'examen histologique d'un fragment d'os détaché, qu'il n'y avait pas d'ostéite ethmoïdale. La suppuration persistait toujours intarissable, accompagnée de signes d'infection lente marquée par des accès fébriles vespéraux et par une inappétence absolue. L. put à la fin constater que le pus venait apparaître au niveau du canal frontal, et qu'on se trouvait en présence d'une forme absolument latente d'empyème du sinus frontal ; il n'y avait cependant aucune douleur spontanée ou provoquée en cette région, et la diaphanoscopie, faite avec une lampe électrique logée aussi profondément que possible sous l'arcade orbitaire, montrait une égale transparence des deux régions sus-orbitaires. Les lavages avec la sonde coudée de Lichtwitz s'étant montrés complètement inefficaces pour tarir la suppuration. L. ouvrit le sinus par voie externe, et, après écoulement de pus mélangé de sang, il retira avec la curette une grande quantité de fongosités. Le canal frontal fut élargi par le passage forcé de drains et de mèches de gaze iodoformée ; au bout de trois semaines, il laissa fermer l'orifice extrême du sinus ; il persistait encore une très légère suppuration, mais les phénomènes d'infection lente avaient totalement disparu : la fièvre avait cessé, l'appétit était revenu.

Dans les judicieuses réflexions dont il fait suivre son observation, L. montre la difficulté extrême qu'il y a à découvrir certains empyèmes frontaux, qui n'ont pour tout symptôme qu'une suppuration nasale unilatérale ; dans le cas actuel, l'éclairage électrique donna de fausses indications, puisqu'il montra une diminution de transparence d'un sinus maxillaire cependant sain (ce qui paraît s'expliquer par la gêne qu'apportait au passage

des rayons lumineux la muqueuse nasale hypertrophiée du côté droit) et au contraire une égale translucidité de deux sinus frontaux. Il s'inscrit d'autre part en faux contre l'enseignement classique, qui donne comme unique indication à remplir dans le traitement de l'empyème du sinus frontal, l'évacuation du pus et les lavages antiseptiques ; or, cela ne suffit pas le plus souvent, car pour tarir cette suppuration il faut énergiquement en modifier le foyer en le débarrassant chirurgicalement des fongosités qui l'encombrent.

M. L.

**De l'empyème du sinus frontal,** par MONTAZ (*Dauphiné médical, in Médecine moderne*, 14 juin 1893).

L'infection du sinus frontal peut se faire par deux voies : par voie muqueuse (coryza, polypes, influenza) et par voie osseuse (syphilis, tuberculose). Au point de vue symptomatique, il faut distinguer les empyèmes latents des empyèmes avec distension. Dans le premier cas, il y a seulement une douleur sourde à la racine du nez, à l'arcade sourcilière ; en même temps le malade devient un « moucheur » et rend un liquide odorant pour lui et pour son entourage, contrairement au pus de la sinusite maxillaire qui est odorant pour le malade seul. Dans le second cas, il y a tumeur siégeant à la partie supéro-interne de l'orbite ; fistules, accidents cérébraux fréquents. C'est donc là une affection beaucoup plus grave que la sinusite maxillaire. La mort peut être produite par un abcès cérébral de voisinage ; elle peut résulter aussi d'une septicémie chronique dont la cause immédiate paraît être la déglutition continue de produits putrides.

Il faut d'abord essayer du traitement doux : lavages avec la sonde de Lichtwitz ; si le cas résiste, trépaner. Trois voies s'offrent au chirurgien ; la voie nasale que Montaz considère comme très périlleuse ; la voie orbitaire, recommandée par Panas, qui n'ouvre pas le sinus dans sa partie large, et rend le cathétérisme rétrograde fort difficile ; la voie frontale, recommandée par l'auteur. Celui-ci trépane sur la bosse nasale, suivant une ligne horizontale tangente à l'arcade orbitaire ; ainsi les deux sinus sont ouverts dans un espace très large pour pratiquer le cathétérisme rétrograde. Il importe d'enfoncer un drain dans les fosses nasales, pour rétablir le calibre de l'infundibulum.

M. L.

**Chirurgie des sinus frontaux** par M. MAYO-COLLIER (*Bulletin général de thérapeutique*, 14<sup>e</sup> livraison, avril 93).

L'auteur a relaté l'observation de trois malades atteints de troubles du côté des sinus frontaux.

Le mode de traitement a varié dans les trois cas, mais a toujours été couronné de succès.

1<sup>er</sup> Cas. — Inflammation aiguë se traduisant par une douleur intense à la racine du nez, fièvre et troubles mentaux. Administration de l'aconit et de la morphine à l'intérieur, application d'un sac de glace sur la région douloureuse. Guérison rapide.

2<sup>e</sup> Cas. — Accumulation de pus dans l'un des sinus, donnant lieu à des douleurs sourdes à la région frontale. Douches nasales tièdes, et inhalations d'un mélange de teinture d'iode, de chloroforme et d'acide phénique. Guérison après écoulement abondant de pus par une narine.

3<sup>e</sup> Cas. — Chez un malade souffrant de douleurs frontales localisées surtout à la racine du nez, la trépanation des sinus a été pratiquée sur la croyance qu'il existait un polype ou une exostose des sinus frontaux, avec accumulation intermittente probable de liquide. Quoi qu'il en soit, l'opération n'amena aucune conséquence fâcheuse.

F. HELME.

**Contribution à l'étude de la bactériologie de la méningite suppurée**, par ZÖRKENDÖRFER (*Prager med. Wochens.*, 3 mai 1893).

Pour ce qui est de l'étiologie de la méningite suppurée, les recherches de A. Fränkel, de Foa, de Bordoni-Uffreduzzi et de Weichselbaum ont démontré que l'agent pathogène le plus important était le diplocoque de Fränkel Weichselbaum. D'après la statistique de Netter, il résulte que le plus grand nombre des cas de méningite suppurée publiés jusqu'en 1889 (60 0/0 environ) étaient dus au pneumocoque, les autres micro-organismes ne viennent qu'en seconde ligne. Les recherches de Fränkel n'ont trait qu'à des cas de méningite, survenues au cours de pneumonies, de sorte qu'on doit supposer que dans ces cas il y a eu infection des méninges par le sang. Foa et Bordoni-Uffreduzzi ont rapporté un certain nombre de cas de méningite sans pneumonie, et n'ont point recherché par quelle voie les bactéries avaient gagné les méninges.

Weichselbaum, s'aidant des travaux de Zaufal, s'est occupé le premier de cette question. Zaufal avait déjà constaté la présence du pneumocoque de Fränkel dans le pus d'otites moyennes suppurées et Weichselbaum put se rendre compte que dans trois cas de méningite soi disant idiopathiques, la suppuration méningée était due à une propagation du pus d'otite moyenne à diplocoques. Il a vu aussi que le nez et les cavités accessoires pourraient être le point de départ de l'infection. Mais il n'osa conclure, étant donné le petit nombre de cas qu'il avait examinés. Il attira toutefois sur ce point l'attention de ses confrères. Netter, Ortmann et Samter seuls ont plus tard publié quelques cas.

Zörkendörfer rapporte alors dans son article une nouvelle observation qui démontre nettement la possibilité de propagation du pus des cavités accessoires aux enveloppes crâniennes. Elle a trait à une femme de 30 ans, entrée à l'hôpital en plein coma et qui ne tarda pas à mourir. A l'autopsie on constata tous les signes d'une méningite suppurée et à l'examen du nez et des fosses nasales par la méthode de Harke, on trouva la muqueuse du sinus sphénoïdal fortement infectée et recouverte de pus jaune verdâtre, le pus des méninges ainsi que celui des sinus sphénoïdaux renfermait le diplocoque.

Bien que la paroi postérieure des sinus sphénoïdaux fût indemne à l'œil nu, on put, en l'absence de toute autre cause, invoquer comme pathogénie de la méningite la présence du pus dans ces cavités. L'examen des vaisseaux permit de rejeter l'idée de propagation par voie sanguine; n'était donc plausible qu'une migration soit directe, soit par voie lymphatique.

L.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Sur une variation d'hématémèse nerveuse (hémosialémèse hystérique, par JOSSERAND (*Lyon médical*, 18 juin 1893).**

Les expectorations sanglantes de nature hystérique sont connues depuis longtemps, mais d'où vient ce sang? C'est la question que se pose M. Jossierand. Suivant les uns, des bronches; suivant les autres, des voies digestives, ou encore des deux voies à la fois. Quant au mécanisme de cet écoulement sanguin,

il est encore plus obscur. S'agit-il là d'une hémorrhagie dite supplémentaire ? Cela est possible, car le phénomène se produit souvent chez des malades atteintes de dysménorrhée. En tous cas, on ne peut rien dire de précis à ce sujet. Mais le clinicien, suivant l'idée qu'il se fait de l'origine de l'accident, voit se dresser devant lui l'hypothèse de tuberculose pulmonaire ou d'ulcère de l'estomac. M. Josserand se demande si à la simple vue des crachats, on peut diagnostiquer la nature de cette expectoration sanglante venue on ne sait d'où et liée à on ne sait quoi. A cette question, il répond par les conclusions suivantes :

« Le liquide en question est moins rouge que du sang pur, c'est du sang dilué ; il est visqueux et ressemble à du sirop de ratanhia un peu étendu d'eau, il n'est pas spumeux et ne coagule pas dans la grande majorité des cas. Versé dans un verre à urine, il dépose en trois couches : une supérieure, très rouge ne contenant presque pas d'hématies et exclusivement colorée par l'hémoglobine dissoute ; une moyenne composée de globules rouges ; et une inférieure constituée par des cellules épithéliales pavimenteuses.

« Le liquide qui dilue le sang, qui l'empêche de se coaguler et qui dissout son hémoglobine est la salive. Le mélange est constituée en moyenne à raison d'une partie de sang pour dix à douze de salive.

« Ce liquide est vomi ; le sang provient soit du larynx, soit de la base de la langue, mais surtout de l'estomac et de préférence peut-être de l'œsophage, et il se mélange à son passage à un flot de salive dont le ptyalisme nauséux a rempli la bouche. Pour toutes ces raisons, on peut donner au phénomène le nom d'hémossalémèse hystérique (αἷμα sang, σάλον salive).

Enfin l'accident se rencontre souvent chez des névropathes dysménorrhéiques. »

F. HELME.

**Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématisée**, par GILBERT BALLET et PAUL SOLLIER (*Rev. de méd.*, n° 6, p. 532, 10 juin 1893).

L'absence d'agrapie dans le mutisme hystérique est un signe important au point de vue du diagnostic ; mais ce caractère n'est point constant ; quelques cas ont été publiés où la perte de l'écriture accompagnait la perte de la parole dans cette manifestation de la névrose. Le fait suivant offre un réel

intérêt comme exemple de cette association exceptionnelle ; son importance s'accroît encore par l'adjonction d'une paralysie faciale systématisée.

Mathilde V... 33 ans, a toujours été nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques. Brusquement, se trouvant à son atelier, elle est prise, sans perte de connaissance, de fourmillements dans les membres droits, auxquels fait bientôt suite une hémiplegie totale ; à partir de ce moment elle devient muette et aphone. Le lendemain, le bras et la jambe retrouvent leurs mouvements ; mais le mutisme persiste, aussi la malade se rend-elle à la consultation de l'asile clinique le troisième jour de son accident. A ce moment aphonie absolue, hémispasme de la langue dont la pointe est déviée à droite ; spasme du pharynx rendant la déglutition difficile ; réflexe pharyngien diminué. Aucune modification notable de la sensibilité générale. La malade est incapable d'articuler aucun mot ; mais elle comprend très bien ce qu'on lui dit ; elle lit et comprend ce qu'elle lit. Elle ne peut plus écrire ; elle hésite longuement, traçant des lettres pour d'autres, en sautant ; l'écriture sous la dictée est aussi difficile que l'écriture spontanée ; cependant, quand on lui dicte l'alphabet, elle écrit correctement toutes les lettres. Elle trace les nombres sans difficulté. Un essai de suggestion hypnotique ne donne aucun résultat.

Deux jours après l'aphonie a disparu ; l'articulation commence à devenir possible pour quelques monosyllabes. Un nouvel élément morbide est intervenu, une paralysie du facial inférieur droit, très nette. A l'état statique, il n'y a pas d'asymétrie faciale appréciable ; si la malade veut parler, la joue droite se gonfle et fume la pipe ; il lui est impossible de relever volontairement la commissure labiale droite. Mais elle sourit d'une façon très normale et les muscles innervés par le facial inférieur droit se contractent alors parfaitement (contraction inconsciente). La semaine suivante, l'amélioration est notable ; la parésie faciale droite existe toujours, la joue continue à fumer la pipe pendant l'articulation ; mais la malade peut volontairement tirer en dehors la commissure droite. Elle prononce bien tous les mots, mais elle a une parole scandée d'une façon toute particulière, sans bégaiement.

Le diagnostic de mutisme hystérique ne peut faire aucun doute dans ce cas. B. et S. font ressortir les points qui rendent cette observation particulièrement intéressante.

C'est d'abord que, contrairement à ce qui a lieu habituelle-

ment, la parole n'est revenue que graduellement, par une sorte de rééducation ; le retour de l'articulation normale a été annoncée par un trouble particulier une *scansion de la parole*, très différente du bégaiement hystérique qui a déjà été décrit.

L'*agraphie* a surtout été curieuse ; l'image des lettres était restée à peu près intacte ; la malade qui, dans les premiers jours, pouvait tracer correctement les lettres de l'alphabet, ou les monosyllabes simples, était incapable d'écrire autre chose que le commencement des mots compliqués, ne pouvant faire dans son esprit la synthèse des syllabes groupées entre elles. Cette agraphie semble donc différer, comme mécanisme, de l'agraphie par lésion organique ; l'agraphie organique est causée par la perte des images graphiques ou visuelles : l'agraphie hystérique paraît au contraire due à l'impossibilité où se trouve la malade de faire la synthèse psychique des images visuelles des lettres qu'exige l'écriture courante. On retrouve donc là le caractère habituel des manifestations hystériques.

Quant à la paralysie faciale, elle présentait, dans le cas actuel, ce caractère nettement hystérique d'être systématisée pour certains mouvements spéciaux, en particulier ceux nécessaires à l'articulation de la parole.

M. L.

**Mutisme hystérique avec conservation de la faculté de chanter,**  
par HARRISSON GRIFFIN (*Bulletin médical*, 25 juin 1893).

M. Harrison Griffin a rapporté dans le New-York medical journal, l'observation d'une jeune fille atteinte d'aphonie hystérique depuis onze mois et qui avait conservé la puissance et la netteté de sa voix lorsqu'elle chantait.

L'auteur, après s'être assuré que la malade pouvait émettre les notes les plus élevées et les plus basses avec une grande netteté et sans qu'on pût constater aucune altération de sa voix, fit l'expérience suivante : il lui fit chanter les notes de la gamme. Les syllabes sortaient à pleine voix. Il voulut ensuite lui faire nommer ces mêmes notes sans chanter. Aussitôt l'aphonie reparut. La malade guérit par suggestion.

F. HELME.

**Pathologie de l'amygdale linguale,** par OTTO SEIFERT, Privat Docent à Wurzburg. (*Arch. für Laryng.* Bd. I, h. I, p. 48, 1893).

Remarquable et très complète étude des affections de l'amygdale linguale. Après en avoir précisé les rapports anatomiques,

l'auteur étudie longuement les *varices* de cet amas lymphoïde, dont le développement peut simuler une tumeur ou un anévrisme. Malheureusement, il ne parle pas des végétations adénoïdes lymphadéniques ; et, tout en signalant la confusion possible, avec ces varices, il n'en précise pas les différences essentielles. Comme dans d'autres affections, il paraît même confondre la pharyngite granuleuse avec les lésions lymphadéniques.

Mentionnons, les rapports de l'affection *variqueuse de l'amygdale linguale* avec les affections cardiaques, la tuberculose pulmonaire et l'emphysème.

L'affection de moitié plus fréquente chez l'homme, (36 hommes pour 16 femmes), se présente surtout de 20 à 30 ans et de 40 à 50 ans.

Parmi les affections chroniques, laissant de côté la syphilis et la tuberculose, il étudie les mycoses, la tuberculose aspergillaire, le muguet et l'hypertrophie simple.

Il est regrettable que les études histologiques soient écourtées et incomplètes, notamment pour cette dernière affection.

Les amygdalites *aiguës suppurées*, aiguës folliculaires, amygdalite *linguale pultacée*, sont, avec le *phlegmon péri-épiglottique* et péri-amygdalien, l'objet d'une étude clinique très soignée et complète.

Les idées générales développées dans ce long travail, dont une analyse ne peut donner qu'une idée très imparfaite, les rapports de l'amygdalite linguale avec l'acromégalie et les vices de développement physiologique, sont du plus haut intérêt. Le travail se recommande de lui-même à tous les spécialistes, malgré ses lacunes histologiques considérables.

A. M. D.

**Papillomes de l'isthme du gosier**, par KAHN (*Archiv. für Laryng.* Bd. I. Hft I, 1893).

Les papillomes de cette région ont une structure essentiellement lymphoïde. Ce sont des lymphomes papillaires et non des fibromes papillaires.

Leur développement est lié intimement aux affections nasales et rhinopharyngées, notamment aux végétations adénoïdes.

Les affections de nature et de structure lymphoïde du larynx peuvent également s'accompagner de lymphomes papillaires de

l'isthme. La statistique de l'auteur répartit ainsi ces productions néoplasiques.

Lnette : face inférieure, 8 cas ; face postérieure, 5 cas ; bords, 13 cas ; sommet, 7 cas : total, 33 cas.

Voile du palais : six cas dont deux sur les deux piliers à la fois. Amygdale, 2 cas. Base de la langue : face supérieure, dix cas ; face inférieure, un cas.

A. M. D.

**Angine de Ludwig**, par MATIGNON (*Revue de laryngologie*, 15 mai 1893).

L'auteur accepte le nom d'angine de Ludwig en raison de l'origine très variable de cette affection et de l'impossibilité de lui donner une des nombreuses dénominations que les divers observateurs ont essayé de substituer à celle d'angine de Ludwig. Le siège de l'affection est cette région limitée en haut par le plancher buccal et sur les côtés par les muscles qui de l'os hyoïde viennent s'insérer à la langue, d'où la cause des troubles graves occasionnés par l'immobilité forcée de la langue, et l'envahissement du tissu cellulaire profond de la région et la propagation aux voies respiratoires. L'intervention opératoire est la règle et elle doit être rapide ; des cas observés au Val de Grâce, il paraît résulter que cette intervention doit plutôt être externe que buccale ; toutefois la collection peut s'ouvrir par la bouche et le malade a guéri quelquefois de cette façon. L'induration du plancher de la bouche est la règle et cette induration peut persister assez longtemps près des parois alvéolaires. L'auteur présente à la fin de son travail un tableau des 38 cas qu'il a pu recueillir depuis la description de Ludwig : ce tableau est soigneusement présenté.

A. G.

**Amygdalite catarrhale compliquée de néphrite avec accidents urémiques**, par AL. THOUVENET (*Le Limousin médical*, n° 5, p. 6, mai 1893).

Femme de 45 ans, prise brusquement d'une amygdalite lacunaire aiguë. Dix jours après l'entrée en convalescence, mal de tête, vertiges, dyspnée intense : auscultation négative ; bruit de galop ; œdème des paupières et des jambes ; urines fortement albumineuses. Au bout d'un mois de traitement, l'albuminurie disparaît ; depuis lors, la malade se porte bien.

L'auteur est convaincu que bien des néphrites qualifiées de *a frigore* sont en réalité consécutives à des amygdalites qui ont passé inaperçues ; la néphrite se produisant parfois assez longtemps après la maladie primitive, on a perdu la notion de relation entre ces deux manifestations morbides.

M. L.

**Injections parenchymateuses dans les affections tonsillaires, par RAUDNITZ (*Prager med. Wochensch.*, 5 avril 1893).**

L'auteur a employé des injections parenchymateuses d'acide phénique à 1 0/0 dans l'angine scarlatineuse et dans les angines lacunaires diphtéroïdes et diphthéritiques. Il croit avoir évité, pour ce qui est de la première de ces angines, le gonflement ganglionnaire et les accidents septiques.

Dans la diphtérie, il a aussi employé l'eau de chlore pure, conseillée par Leibert, mais il peut tout au plus dire qu'elle n'a pas été nuisible, le petit nombre de cas où elle a été employée ne lui permettant pas de conclure.

Dans tout son travail Raudnitz s'étend longuement sur une maladie dite « fièvre glandulaire » qui consiste en gonflement fébrile aigu et idiopathique des ganglions. Il croit que si, dans ces cas, il existe une inflammation des amygdales, ces injections phéniquées pourront être d'un grand secours, suivant plusieurs faits à l'appui.

L. L.

**Diagnostic de l'angine diphtérique, par A. B. MARFAN. (*Bulletin médical*, 24 mai 1893).**

Les angines blanches, folliculaires ou pseudo-membraneuses, de nature diphtérique, ne peuvent être diagnostiquées d'une façon certaine que par l'examen bactériologique.

La technique est la suivante.

Recueillir avec le fil de platine préalablement rougi et refroidi, une parcelle de fausse membrane et l'ensemencer sur un tube de sérum. Ce dernier milieu de culture maintenu à la température de 37° dans une étuve, est un milieu si favorable pour le bacille de Klebs-Löffler, qu'en dix-huit heures apparaissent des colonies sous forme de petits points blancs grisâtres plus opaques et plus saillants au centre qu'à la périphérie.

Examiné au microscope à ce moment on ne peut y trouver que les bacilles diphtériques seuls.

Aucun *bacille* ne peut donner de colonie visible en si peu de temps ; il n'y a que quelques microcoques qui peuvent se développer aussi rapidement, mais leur forme suffira à les faire distinguer des bacilles de Klebs.

En dehors de l'examen bactériologique on peut arriver à un diagnostic probable en se guidant sur les notions suivantes :

1° L'angine blanche folliculaire n'est qu'exceptionnellement diphtérique.

2° L'angine pseudo-membraneuse primitive doit être considérée comme étant de nature diphtérique, abstraction faite des cas fort rares où le diagnostic d'angine herpétique peut être établi sur des signes de certitude.

3° Les angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine ne sont presque jamais diphtériques.

4° Les angines pseudo-membraneuses tardives de la scarlatine sont presque toujours diphtériques.

5° Les angines pseudo-membraneuses qui viennent compliquer un chancre primitif de l'amygdale ou des plaques muqueuses de la gorge, ne se sont pas montrées, jusqu'ici, comme étant de nature diphtérique.

F. HELME.

**Traitement local sous-membraneux de la diphtérie pharyngée** par SEIFERT (*Jahrb. für Kinderheilk.* fasc. 1, p. 29, 1893, d'après la *Rev. intern. de therap.* 18 février 1894).

Depuis deux ans, S. a traité l'angine diphtérique par un procédé nouveau ayant pour but d'injecter une solution microbicide sous la fausse membrane. Le liquide dont il se sert est l'eau de chlore, qui doit être fraîchement préparée, et dont la concentration est de 0,4 pour cent ; il l'injecte à l'aide d'une seringue, portant une canule spéciale ; celle-ci est terminée par une plaque métallique qui supporte cinq aiguilles creuses. On arme la seringue avec des aiguilles de longueurs diverses suivant l'épaisseur de la fausse membrane, car le liquide, aussi poussé, doit pénétrer non pas dans l'épaisseur de l'amygdale, mais aussi près que possible des limites qui séparent le tissu sain du tissu malade. On peut imprimer à l'extrémité de la canule quatre dispositions différentes lui permettant d'atteindre les diverses parties de la gorge.

Le nombre des injections à faire dépend de la rapidité avec

laquelle disparaissent les fausses membranes et de l'amélioration de l'état général, Même si celui-ci devient bon, il faut, en cas de persistance de fausses membranes, injecter quotidiennement au moins la valeur d'une demi-seringue d'eau de chlore.

Les injections ne sont douloureuses que quand elles sont faites au niveau du voile du palais. Quand la fausse membrane n'occupe qu'une faible étendue, il arrive qu'une aiguille pénètre dans une partie de la muqueuse en apparence saine ; mais il n'en est jamais résulté d'accident.

Jusqu'en 1891, la mortalité des cas de diphtérie pharyngée traités par S. était de 7,5 pour cent. Depuis cette époque, le nouveau traitement ayant été appliqué, la mortalité est tombée à 5 pour 104 cas. Dans 64 cas la guérison complète a été obtenue en moins de quatre jours. Sur 22 cas de scarlatine diphtéritique, un seul s'est terminé par la mort.

M. L.

**Les angines pseudo-membraneuses à pneumocoques**, par JACCOUD  
(*Semaine médicale*, 19 juillet 1893).

Est-il possible, par une analyse rigoureuse, de saisir quelques nuances cliniques permettant de différencier l'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques, que l'on peut appeler pseudo-diphtérique, de l'angine diphtérique vraie ?

Les caractères cliniques suivants permettent de trancher, sinon le diagnostic, du moins de soupçonner qu'on se trouve en présence d'une angine pseudo-membraneuse à pneumocoques :

« Explosion brusque, malaise général avec frisson et fièvre immédiate. La localisation sur la gorge de la cause initiale de ces symptômes est généralement tardive, et les malades observés n'ont accusé de douleurs gutturales qu'au bout de 12, 24, 36 heures. » Il en est de même pour les fausses membranes qui n'apparaissent que plusieurs heures après les grands symptômes décrits ci-dessus.

Les fausses membranes revêtent un caractère qui les distingue de celles de la diphtérie. Elles n'ont pas en effet la tendance rapide et formidable à l'extension comme dans cette dernière maladie. La fièvre constante tombe vite ; sa caractéristique est d'éclater brusquement avec des frissons, de présenter d'une façon précoce, dès les premières heures, son maximum thermique, et de prendre fin avant un septénaire, même dans les cas les plus graves.

L'acide salicylique a été préconisé par M. Jaccoud à des doses qui varient entre 1 et 2 grammes par 24 heures, pendant tout le temps que dure la fièvre, et 0,50 centigrammes par jour jusqu'à la fin de la maladie. Régime lacté absolu.

Le traitement local que l'on doit instituer dès la première apparition des fausses membranes consiste dans l'ablation de ces dernières, d'abord ; on pratiquera ensuite des attouchements sur la muqueuse avec une solution de sublimé à 1 0/00.

F. HELME.

**Diagnostic et traitement de l'abcès rétropharyngien idiopathique chez les enfants**, par F. MASSEI (*Archiv. ital. di laring.*, n° 2, 1893).

La polymorphie symptomatique de l'abcès rétro-pharyngien et la difficulté de l'observation dans le jeune âge sont les deux principales causes des erreurs si souvent commises quand on se trouve en présence de cette affection. On peut la prendre tour à tour, pour une fièvre typhoïde si la fièvre et les symptômes généraux sont accentués ; pour un croup ou un coryza selon le siège de l'abcès dans les parties inférieures ou supérieures du pharynx, si les troubles respiratoires prédominent ; pour la diphtérie, s'il existe des mucosités épaisses et adhérentes ; pour un phlegmon amygdalien, si la tonsille est hypertrophiée et saillante. M. insiste sur l'importance de l'exploration digitale pour établir le diagnostic. Toutefois ce mode d'examen peut devenir à son tour une source d'erreur : il peut arriver que la tumeur ne soit pas fluctuante ; dans un cas de ce genre rapporté par M. la résistance de la tuméfaction, sa marche lente, une adénopathie concomitante firent penser à un sarcome rétro-pharyngien. D'autres fois le pus ayant fusé dans le tissu cellulaire du cou, le doigt ne rencontre pas trace de tuméfaction, fluctuante ou résistante ; mais si l'on exerce une pression à l'extérieur, on fait reparaitre les phénomènes dyspnéiques et la tumeur se forme à nouveau. M. n'accorde aucune valeur du caractère spécial de la voix (cri de canard).

Burckardt et Cheyne ont préconisé l'ouverture de la collection par la voie externe, ce qui permet l'application d'une antiseptie rigoureuse et met à l'abri de la suffocation par pénétration du pus dans les voies aériennes. M. réserve ce mode opératoire pour les abcès symptomatiques et ceux qui produisent une grave laryngosténose par compression. Dans les autres cas, il ouvre

l'abcès par la voie pharyngée, après avoir pulvérisé une solution de sublimé au 1000<sup>e</sup> dans le champ opératoire ; dès que l'incision est faite, l'aide qui tient l'enfant lui fait vivement faire la culbute pour éviter l'écoulement du pus dans le pharynx. Parfois l'ouverture de l'abcès n'apporte pas de soulagement ; il existe sans doute dans ces cas une seconde poche indépendante de la première ; l'abcès est bilobé.

M. BOULAY.

**Un cas de spasme pharyngé.** par M. BERVLEY. (Communication à l'Académie royale d'Irlande, d'après le *Bulletin médical*, n° 58, 19 juillet 1893).

L'auteur lit une observation de spasme pharyngé survenu chez un homme qui jusque-là avait joui d'une bonne santé et qui fut pris brusquement de dysphagie. Chaque fois qu'il voulait avaler, il était pris d'un spasme pharyngé. Pour permettre l'alimentation, on dut pratiquer le cathétérisme œsophagien. Le malade succomba subitement deux heures après la manœuvre du cathétérisme.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion ni du côté du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du cerveau ou de la moelle. Aussi la mort est-elle restée inexpliquée.

F. HELME.

**Accidents pharyngiens dus à l'hydrastinine.** par M. WILD (*Deutsche med. Wochens.*, n° 13, d'après le *Bulletin médical*, 3 mars 1893).

Il s'agit d'une femme de 37 ans, atteinte de ménorrhagie abondante, chez laquelle l'auteur dut pratiquer des injections d'hydrastinine au 1/10. La dose était de 1 gramme, c'est-à-dire 0,10 centigrammes de principe actif. Dix-sept injections furent faites dans l'espace de 43 jours.

Au moment de la dernière injection, la malade ayant attiré l'attention du médecin sur une douleur assez vive qu'elle ressentait depuis quelques jours le long du cou, M. Wild examina l'arrière gorge et aperçut au niveau de la paroi postérieure du pharynx des plaques assez larges, confluentes, qui faisaient une saillie de 2 millimètres environ sur les parties voisines. Ces plaques augmentèrent pendant cinq jours, devinrent plus saillantes, et la muqueuse environnante prit une coloration

rouge sombre. La malade se plaignait d'une douleur très aiguë, surtout au moment de la déglutition. Cette douleur siégeait au niveau de la paroi postérieure du pharynx et s'irradiait jusqu'aux oreilles. Cet état dura sept jours, rebelle à tout traitement. Soupçonnant l'hydrastinine d'être la cause de ces accidents, Wild cessa le traitement. Aussitôt tout rentra dans l'ordre. Et pour confirmer son opinion, il pratiqua au bout de quelques jours une nouvelle injection : les symptômes décrits ci-dessus réapparurent avec la même intensité.

F. HELME.

**Note sur la douche de gorge en jet ; ses indications et la manière de l'employer, par le Dr REVILLET (d'Allevard). (*Lyon médical*, n° 30, p. 387, 23 juillet 1893).**

La douche de gorge en jet est un moyen qui peut rendre de réels services dans le traitement de certaines pharyngites chroniques : bien qu'elle soit d'une exécution très simple, elle est cependant peu employée ; pourtant c'est un moyen thérapeutique très énergique qui mériterait d'être utilisé plus souvent.

Elle consiste en un jet de liquide qui vient frapper avec une certaine force les parois latérales et postérieures du pharynx. L'appareil dont on se sert communément pour les douches nasales ou pour les injections vaginales suffit pour cela : le tube de caoutchouc doit être terminé par une canule laissant passer un jet du volume d'une plume d'oie.

Deux recommandations sont à faire au malade. 1° Le jet ne doit pas être trop fort ; il doit avoir une hauteur d'environ cinquante centimètres ; plus énergique, il meurtrirait le fond de la gorge et déterminerait des ecchymoses pharyngiennes. 2° Pendant la douche, le malade doit prononcer à voix basse la voyelle A pour bien relever le voile du palais et découvrir la paroi postérieure du pharynx ; faute de suivre cette recommandation, beaucoup de malades prennent consciencieusement des douches de palais ou de langue, dont ils ne retirent aucun profit.

Bien donnée la douche doit, au début, produire des nausées ; l'accoutumance s'obtient au bout de deux à trois semaines.

Le liquide doit être à la température de 33° à 36° : on peut employer soit des eaux sulfureuses, soit des solutions médicamenteuses, dont la plus recommandable est l'eau boriquée à cause de sa faible toxicité. La durée de la douche est de quatre à cinq

minutes pour commencer ; au bout de quelques jours elle peut être portée à vingt ou trente minutes.

Ce mode de traitement est surtout indiqué dans deux cas :

1<sup>o</sup> dans les pharyngites chroniques, caractérisées par un relâchement de la muqueuse ; celle-ci est lie-de-vin, œdématiée, présente des bosselures, elle est le siège d'une hypersécrétion glandulaire ; et la bouche est toujours pleine d'un liquide clair et visqueux qui gêne la parole.

2<sup>o</sup> dans les pharyngites atrophiques sèches.

M. L.

**Antisepsie par l'iode dans les affections de la gorge**, par G. HANOUVE, (*Bulletin médical de l'Algérie* d'après la *Rev. de clin. et de thérap.* n<sup>o</sup> 23, 7 juin 1893).

L'auteur recommande pour pratiquer l'antisepsie de la gorge une solution d'iode à 1/100. Cette solution, d'après lui, détruit en 2 minutes les cultures de bacilles de Löffler, 8 à 10 badigeonnages légers au niveau de l'amygdale suffisent dans tous les cas d'angine. « Au 3<sup>e</sup> jour du traitement, des tubes de bouillon ensemencés avec les exsudats de la gorge seraient restés stériles, ce qui prouve une asepsie de la gorge parfaite. »

F. HELME.

#### IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Etudes sur l'anatomie microscopique du larynx**, par B. FRANKEL. (*Archiv für Laryng.* Bd. I, h. I, 1893).

Fränkel, reprenant les études de Coyne, Rheiner, Gerhart et Luschka, décrit les papilles et les glandes de la muqueuse laryngée au niveau des cordes vocales inférieures.

Ses examens histologiques ont été faits sur des coupes verticales, (antérieures, postérieures et moyennes) des processus vocaux.

Il a pu constater dans tous les cas des papilles fibreuses pénétrant dans les assises épithéliales pavimenteuses aussi bien à la face inférieure qu'à la face supérieure de la corde vocale. Elles seraient très nombreuses, au niveau de la face inférieure de cette dernière.

Ce sont ces papilles qu'il appelle « papilles profondes. » Elles

sont horizontales, plus épaisses, plus fibreuses que les papilles de la face supérieure, et avancent jusqu'aux cellules épithéliales les plus superficielles, voire même entre les fibres ligamenteuses du bord libre de la corde vocale.

Sur des coupes horizontales, il a pu retrouver ces mêmes papilles avec leur direction typique.

Au fond, la description de Fränkel se rapproche de celle de Coyne. Ce dernier avait moins insisté, peut-être sur les papilles de la face inférieure.

L'étude vraiment originale de ce travail, est la description des *glandes « vocales. »*

On sait, en effet, que d'après Coyne (1874), le bord libre de la corde vocale serait dépourvue de glandes, partout où il existe des papilles. Coyne avait pourtant constaté au voisinage de ces dernières, les orifices de canaux excréteurs. Ces derniers, couchés parallèlement à la direction des cordes vocales, tout près du bord libre entre les deux lames fibro-élastiques se retrouvent dans toute l'étendue de la corde.

Ces canaux excréteurs des glandes viendraient d'après Coyne des glandules aryténoïdiennes et des glandules muqueuses de la face interne de la corde, les lobules glandulaires et le canal excréteur formant un angle droit ouvert en avant.

Coyne, d'ailleurs, avait peu insisté sur les glandes de la face inférieure. Fränkel les décrit minutieusement.

Sur les coupes verticales, elles forment des masses arrondies; sur les coupes horizontales les lobules sont allongés, dirigés d'avant en arrière, presque parallèlement à la corde. Les glandes se trouvent aussi bien à la face supérieure, qu'à la face inférieure.

Leurs conduits excréteurs se dirigent en dedans, en haut ou en bas, s'ouvrent à la surface de l'épithélium des cordes vocales mêmes, ou de la muqueuse des ventricules de Morgagni. Leur caractère particulier est le prolongement des culs-de-sac acineux dans les faisceaux musculaires sous-jacents.

La contraction musculaire doit donc favoriser l'excrétion du mucus. A la face supérieure les glandes sont tantôt isolées, tantôt réunies en groupes.

Jamais Fränkel n'a pu constater les canaux parallèles de Coyne.

La région aryténoïdienne est relativement riche en glandes. Une glande en un point du bord libre, parfois supérieure au point de la région moyenne se trouve à la face supérieure.

Cette glande antérieure n'est pas celle décrite par Heymann et Heryng. Cette dernière est plus profonde et repose sur le cartilage.

Fränkel insiste encore sur les nombreuses veines satellites, des conduits excréteurs, veines que seul un fort grossissement permet de différencier.

Les conduits excréteurs plus longs, à la face supérieure, débouchent parfois sur le bord même de la corde vocale, au niveau d'une saillie épithéliale.

En somme, les glandes sont surtout abondantes au niveau de la partie moyenne de la corde, beaucoup moins, près de la commissure antérieure, relativement abondantes à l'insertion aryénoïdienne.

Ce n'est qu'à la partie inter-ligamenteuse, entre les deux replis tapissés de l'épithélium qu'elles font défaut.

Leur fonction est de prévenir la sécheresse des cordes vocales, survenant si rapidement comme on le sait chez les chanteurs de profession, orateurs, etc., par la contraction prolongée et répétée des muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx. Les fibres musculaires périacineuses modèrent la sécheresse consécutive à l'exercice vocal, en favorisant l'excrétion du mucus en même temps que leur contraction produit le chant et la phonation.

A. M. D.

**Pouls paradoxal dans la laryngite aiguë**, par M. BROCKBANK, de Birmingham. (*Bulletin médical*, n° 51, 28 juin 1893).

L'auteur rapporte le résultat de ses recherches sur le pouls paradoxal dans la laryngite aiguë, membraneuse ou non. Dans ces cas l'inspiration est gênée à cause de la sténose du larynx, et le pouls est petit et faible au moment de l'inspiration ; c'est le contraire qui se passe à l'état normal. Le phénomène observé augmente d'intensité à mesure que la sténose fait des progrès. Il cesse dès que la trachéotomie est pratiquée.

Brockbank a observé le pouls paradoxal chez de jeunes enfants ; il l'a rencontré également chez un homme de 26 ans.

On a déjà décrit le pouls paradoxal dans les médiastinites par suite des adhérences inflammatoires de l'aorte avec le sternum. Mais ici on ne peut invoquer les adhérences. Pour l'auteur, le phénomène « est sous la dépendance des grandes variations de la pression thoracique. »

F. HELME.

**Cas mortel d'œdème de la glotte**, par HUGUES MONTGOMERIE. (*Journal of laryng.*, mai 1893).

Mécanicien de 43 ans, qui avait eu un an auparavant une légère toux avec pharyngite. Le 30 mars il est pris d'un accès aigu de dyspnée, appelle le médecin qui trouve de la pharyngite et lui permet le repos au lit; quelques heures après les symptômes s'aggravent et il ne tarde pas à succomber.

L'autopsie du larynx et de la trachée montra de l'œdème de la glotte. Le gonflement était pâle, jaunâtre et brillant, mou au toucher. L'épiglotte et les replis arythénoïdiens étaient épaissis. Les cordes vocales supérieures étaient épaisses, les inférieures rouges. L'autopsie du reste du corps ne fut pas faite, mais tout porte à croire qu'aucune maladie organique n'était cause de cet accident.

L. R. R.

**Diaphragme sus-glottique congénital**, par P. BRUNS (*Archiv. für Bd. I, Hft. I, p. 25, 1893*).

L'orifice glottique peut être oblitéré partiellement par une membrane fibro-muqueuse étendue de la commissure antérieure à la région arythénoïdienne.

L'aphonie congénitale, le retard du développement physique, une respiration haletante dès l'exécution des mouvements de locomotion, et l'impossibilité de l'effort, caractérisent cette affection bizarre.

Bruns relate un cas personnel typique et fort remarquable de ce diaphragme laryngé congénital, dont la dilatation progressive par des bougies après trachéotomie préalable, eut raison en quelques mois.

La phonation et le chant reparurent comme à l'état normal. Pour l'auteur, l'affection est due à un vice de développement pendant la vie intra-utérine. Il distingue cette affection des papillomes congénitaux de Mackenzie et Gerhardt.

A. M. D.

**Transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes**, par A. SOKOLOWSKI (*Archiv. für Laryng. Bd. I, Hft. I, 1893*).

L'auteur insiste sur la nécessité d'examiner minutieusement les pièces sitôt l'ablation, même lorsque toutes les apparences sont favorables au pronostic.

La transformation d'une tumeur réellement bénigne en tumeur maligne serait d'après lui impossible. Elle n'a été admise qu'à la suite d'examens incomplets et hatifs.

Les adénômes vrais seraient très rares. Dans la majorité, ce sont, comme certains papillomes, des épithéliomas ou des carcinomes au début.

A. M. D.

**Paralysie du nerf récurrent, comprimé par les ganglions scrofuleux**, par JAMES FINLAYSON (de Glasgow). (*Arch. of pediatrics*, p. 759.) sept. 1893).

Fille de 4 ans 1/2, atteinte d'une toux rauque fort bizarre de timbre ; le larynx, examiné avec facilité, présente une muqueuse saine ; la corde vocale gauche est immobile sur la ligne médiane. Signes de tuberculose pulmonaire. Autopsie : ganglions bronchiques caséeux, enserrant le récurrent gauche, presque depuis son origine ; le nerf est étalé et sa substance paraît infiltrée. Tuberculose pulmonaire et péritonéale.

M. N. W.

**Recherches sur les paralysies du larynx**, par A. ONODI (*Berlin. klin. Wochensh.*, n° 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 10, 17, 24, 31, juillet 7-14 août 1893).

Long mémoire sur la question envisagée dans son ensemble : les travaux français semblent à peu près inconnus à Buda-Pesth.

Nous n'insisterons ici que sur les points un peu personnels. Le muscle transverse d'après Onodi serait innervé par les deux nerfs laryngés. Entre ces deux nerfs existent des relations assez étroites : il faut tenir compte non-seulement de l'anastomose du rameau descendant (anse de Galien) de la branche interne du laryngé supérieur avec le récurrent, mais encore de nombreuses anastomoses superficielles et profondes au niveau du muscle aryténoïdien transverse, de même pour la muqueuse les nerfs sensitifs se croisent sur la ligne médiane et s'anastomosent avec les filets du récurrent formant ainsi de nombreux points d'entrecroisement.

Onodi a fait plusieurs recherches pour établir le rôle du sympathique (chiens), qui lui ont montré, que dans les filets communicants réunissant le plexus brachial et le sympathique, et dans le double filet qui réunit le ganglion cervical inférieur et le premier ganglion thoracique, sont contenus les filets jouant un rôle important dans l'innervation des muscles du larynx.

Le nerf médian d'Exner ne se retrouve pas chez l'homme, c'est un filet isolé contenant les fibres motrices contenues chez l'homme dans le laryngé supérieur.

Chez le chien, l'excitation faible et forte du récurrent ou des deux récurrents amène surtout l'occlusion de la glotte, mais quelquefois les courants faibles ou forts peuvent ouvrir ou fermer la glotte.

L'hypothèse de Jéleuffy, qui admet que la partie interne du crico-ary postérieur peut rapprocher le processus vocal, et ainsi jouer un rôle d'adducteur, ne se vérifie pas expérimentalement sur le cadavre, l'ary-cricoidien postérieur perd le premier son excitabilité et cela non par suite d'un plus rapide refroidissement.

Dans la narcose par l'éther ou le chloroforme, jusqu'à la mort, les courants faibles ou forts amènent la fermeture de la glotte ; avec l'éther, après la mort, on obtient la fermeture ; dans un cas avec le chloroforme Onodi a vu la glotte se dilater. Après la mort les récurrents perdent plus vite leur excitabilité que les muscles et pour ces derniers le premier qui la perd est le crico-ary-postérieur.

Onodi étudie ensuite la physiologie des différents rameaux du récurrent d'après ses propres recherches. Il a pu dissocier sur l'animal vivant (Dans et Narcon) le récurrent en 3 et 4 filets et il a vu que le nerf du crico-ary-postérieur isolé excité dilate toujours la glotte et n'influence aucun des muscles constricteurs ; l'excitation des autres filets ferme toujours la glotte en faisant vivement contracter les muscles correspondant au filet constricteur excité.

L'excitation du filet du thyro-aryténoidien détermine l'adduction très ferme de la partie antérieure de la glotte.

L'excitabilité des différents muscles après la mort retient d'arrière en avant.

Parmi les filets isolés du récurrent, les filets destinés aux dilateurs perdent les premiers leur excitabilité (expériences sur les chiens, le cochon, etc.)

Aussi les différents filets nerveux perdent non simultanément mais insensiblement leur conductibilité et leur excitabilité. C'est d'abord ceux du crico-ary-postérieur, puis ceux du constricteur et en second lieu ceux du thyro-aryténoidien, ces faits peuvent se rencontrer sur l'animal vivant à la condition d'employer les courants faibles ou d'exciter les extrémités des nerfs par des agents chimiques.

Pour étudier la question de la paralysie, dite des dilatateurs, A. Onodi se demande d'abord si le muscle crico-thyroïdien peut amener la corde vocale sur la ligne médiane. Ceci il l'a vérifié à maintes reprises, la partie antérieure de l'anneau cricoïdien est relevée jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde et la corde amenée en situation médiane. Ce rapprochement provient : 1° du mouvement du cricoïde dont la partie postérieure portée en bas et en arrière amène la tension de la corde vocale, et 2° de ce que le mouvement d'élévation de la partie antérieure du cricoïde, le cartilage thyroïde étant fixé par la corne inférieure, amène le refoulement des parties molles entre la corde vocale et le cartilage thyroïde, sans refoulement passif de la corde vocale vers la ligne médiane ; de telle sorte que le récurrent étant sectionné, le muscle crico thyroïdien peut déterminer l'adduction totale.

Que se passe-t-il en clinique ? Y a-t-il une relation entre ces faits expérimentaux et les cas pathologiques.

La section des récurrents, la trachée étant ouverte, peut n'amener nullement la situation médiane des cordes qui se montre lorsque la trachée est fermée. Chez les chiens à récurrent sectionnés, la position médiane apparaît dès qu'on excite mécaniquement la peau, pourvu que les nerfs des muscles crico-thyroïdiens soient intacts. La position médiane n'a d'ailleurs pas été obtenue permanente.

La pression atmosphérique est un fait et adjuvant (fermeture de la trachée) mais non suffisant, il ne se produit rien si l'on sectionne le nerf du muscle crico-thyroïdien. La position médiane qui se produit lorsqu'on excite mécaniquement la peau provient, de ce que l'animal voulant crier, contracte le seul muscle encore réuni à son nerf moteur.

La section accidentelle du récurrent chez l'homme amena dans un cas de Mouse la corde vocale en situation médiane.

Chez l'animal, on n'a pu obtenir de position médiane permanente des cordes. Est-ce que chez l'homme il n'y a pas contracture permanente des crico-thyroïdiens ? Le démontrer serait appliquer les conclusions des recherches expérimentales à la clinique.

L'opinion de Jéleuffy reposant sur des données physiologiques erronées tombe de ce fait. Celle de Krause, qui (1892) admet une contracture réflexe, pour l'expliquer, des filets centripètes dans le laryngé inférieur est aussi à rejeter, l'existence des filets centripètes n'a pu être établie.

Onodi se range à l'opinion de Semon en se basant sur des expériences qui lui ont montré la dissociabilité du récurrent en filets destinés aux divers muscles, filets perdant plus ou moins vite leur conductibilité et leur excitabilité.

Dans un cas de compression du récurrent, (anévrisme de l'aorte) avec position médiane fixe de la corde correspondante, l'isolement des filets destinés aux différents muscles, montra que les filets destinés au nerf du crico-thyroïdien postérieur étaient dégénérés en totalité, ceux du nerf du thyro-aryténoïdien en partie dégénérés, les autres filets nerveux étant conservés.

P. TISSIER.

**Des suites de l'extirpation totale du larynx.** (*Société de médecine berlinoise*, d'après la *Semaine médicale*, 5 juillet 1893).

Trois malades chez qui a été pratiquée l'extirpation totale du larynx ont présenté les phénomènes suivants :

Le premier, présenté par M. Julius Wolff, est porteur d'un larynx artificiel avec lequel il parle parfaitement.

Le second malade, présenté par M. Hans Schmidt, a subi également l'extirpation totale du larynx. Ce malade parle très distinctement, quoique d'une voix un peu rauque, bien qu'il ne porte cependant qu'une simple canule.

L'examen laryngoscopique permet de constater, au moment où le malade parle, que les bords d'une étroite ouverture, celle de l'œsophage, se rapprochent et s'adaptent l'un contre l'autre.

M. B. Fränkel, qui a examiné le malade de M. Schmidt, dit que pendant la phonation on constate que les bords de l'ouverture œsophagienne vibrent sous l'action d'un courant d'air venu d'en bas, et que pendant la déglutition ces bords se rétrécissent comme s'ils étaient munis d'un sphincter. Le courant d'air qui produit la phonation est causé par de l'air aspiré dans l'œsophage et expulsé ensuite.

F. HELME.

**Contribution à l'étude de l'extirpation totale du larynx**, par POPPERT (*Deutsche med. Wochens.* n° 35, 31 août 1893).

L'extirpation totale du larynx est une des opérations qui ont le moins bénéficié des progrès de la chirurgie moderne. La mortalité est considérable d'après les diverses statistiques ; aussi Tauber, se basant sur sa statistique personnelle, va même

jusqu'à dire que dans les cas avancés on devrait simplement se contenter de faire la trachéotomie.

Poppert n'est pas de cet avis et croit que le principal danger qui consiste dans la suppuration de la plaie consécutive au voisinage du pharynx peut être évitée, si l'on obstrue cette communication. Schmid, a le premier préconisé cette méthode, ayant remarqué que malgré cette fermeture il était possible aux malades de parler.

Bardenheuer a usé de ce procédé en le modifiant dans ce sens que la fermeture n'était que temporaire, ce qui devait permettre plus tard la pose d'un larynx artificiel. Cette méthode employée successivement chez 4 malades fut suivie d'un bon résultat. 5 autres, opérés antérieurement par l'ancienne méthode, étaient morts.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 68 ans, atteinte de cancer du larynx chez laquelle la suture complète de la plaie, en haut, du côté du pharynx ne fut suivie d'aucune complication. La malade, immédiatement après l'opération, pouvait émettre une « pseudo-voix » chuchotée.

L'auteur développe longuement diverses hypothèses, celles émises par Czermak, par Bosc en 1865 et dernièrement par Landois et Strübing, pour expliquer l'émission de cette voix.

Ce manuel opératoire, dit Poppert, réussira certainement à diminuer considérablement la mortalité.

L. LICHTWITZ.

**Une balle dans le larynx**, par A. SOKOLOWSKI (*Arch. intern. de laryng.* n° 4, p. 203, juillet-août 1893).

Cette observation tire surtout son intérêt de la rareté des occasions que l'on a de faire un examen laryngologique dans des conditions semblables.

Un homme de 47 ans reçut un soir, étant debout, un coup de revolver dans la région cervicale gauche ; aussitôt après il eut une violente quinte de toux et rejeta une notable quantité de mucosités sanguinolentes. La voix se couvrit, et le lendemain matin l'aphasie était complète. A ce moment on constata le trou d'entrée de la balle au milieu de la moitié gauche du cartilage thyroïde : à ce niveau, il y avait un peu de tuméfaction ; l'état général du blessé était satisfaisant, il respirait bien, mais éprouvait une forte dysphagie. Le soir, dans un violent accès de toux, il rejeta une balle de revolver, d'un calibre de cinq milli-

mètres : aussitôt après la déglutition devint plus facile, la voix seule resta couverte.

L'examen laryngoscopique, pratiqué trois jours après l'accident, donna les résultats suivants.

L'aryténoïde gauche, le ligament aryténo-épiglottique gauche et presque toute la paroi postérieure du larynx, sont fortement tuméfiés, rouges et immobiles ; la bande ventriculaire gauche est congestionnée ; la corde vocale gauche présente à la partie antérieure de son bord libre une ulcération de deux à trois millimètres de long, recouverte d'un enduit blanchâtre ; la moitié droite du larynx et de l'épiglotte sont sains.

Il est probable que la balle, perforant obliquement la moitié gauche du cartilage thyroïde, a glissé sur la corde, l'a légèrement lésée, et a été se fixer sous la paroi postérieure du larynx d'où inflammation de la muqueuse et du périchondre aryténoïdien.

Le malade quitte l'hôpital onze jours après le traumatisme ; à ce moment la voix est pure, la blessure de la corde est cicatrisée ; la mobilité de la partie gauche du larynx est normale.

M. L.

**Corps étranger du larynx avec perforation du cartilage thyroïde et abcès externe**, par SCHRÖTTER (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 5, mai 1893).

Observation intéressante d'un corps étranger, dont la pénétration avait passé inaperçue. Schrötter, en présence des accidents survenus assez brusquement : fièvre, enrouement, fétidité de l'haleine etc., malgré l'opinion contraire d'autres médecins, songea de suite à la présence d'un corps étranger.

Dans le larynx, d'un examen très difficile, on avait trouvé dès le second jour un dépôt blanc jaunâtre sur la paroi postérieure et latérale, au-dessous de la corde gauche paralysée. En même temps apparaissait une tuméfaction aiguë au niveau du cou, qui fluctuante le lendemain fut incisée. Au niveau de l'aryténoïde gauche, grosse tuméfaction. Au toucher, l'examen au miroir n'ayant donné qu'une vague indication, Schrötter sentit une aiguille solidement fixée d'avant en arrière. Avec assez de difficulté, il arriva à la briser et à arracher en deux fragments une aiguille à coudre de 4 centimètres.

La fixation de l'aiguille était due à sa longueur et à la réaction inflammatoire.

Latent d'abord, le corps étranger manifesta sa présence par des accidents aigus dus à un abcès externe consécutif à une perforation totale du cartilage thyroïde. (Schrötter n'en connaît aucun autre exemple).

P. TISSIER.

**Laryngoscope aseptique**, par C. HOPMANN (*Archivos internac. de rinol.*, n° 32, p. 176, août 1893).

Les miroirs laryngoscopiques présentent un grave inconvénient, qu'on a essayé en vain de corriger jusqu'ici. C'est l'attraction capillaire qui permet aux liquides d'entrer dans le cadre métallique où la glace est fixée; de sorte qu'il est impossible de détruire avec une entière sûreté les germes d'infection adhérents, sans détériorer en même temps l'étamage.

Pour éviter cet inconvénient, H a fait construire un laryngoscope dont le miroir peut aisément être enlevé et remis; la glace n'a point de monture; le soutien en est formé par l'extrémité de la tige. Ce moyen de fixité est assez solide pour que la glace ne puisse pas tomber dans la gorge du malade, même pendant les vomissements. On peut stériliser tout l'instrument, dans l'eau bouillante alcalinisée, sauf le miroir; celui-ci est plongé dans une solution désinfectante quelconque.

M. L.

**Traitement des corps étrangers des voies aériennes**, par THORNER (*Medical record*, 26 août 1893).

Quand la présence du corps étranger est certaine, la méthode de choix est toujours la méthode endolaryngée. La trachéotomie n'est justifiée que si ce corps étranger a pénétré dans la trachée ou les bronches, ou que s'il détermine des accidents menaçant immédiatement la vie. Encore un spécialiste exercé pourra-t-il souvent intervenir, en pareil cas, par le larynx. Dans le cas de corps étrangers des bronches, la trachéotomie a moins pour but l'extraction directe du corps étranger que de permettre son expulsion sans étouffement au milieu des quintes de toux.

Alors même que la présence du corps étranger n'est pas certaine, on sera parfois forcé, en se basant uniquement sur les accidents de suffocation de faire la trachéotomie.

T. rapporte deux observations, dont une d'expulsion spontanée d'un pois après des accidents assez menaçants et l'autre de trachéotomie nécessitée par un fragment d'os. L'extraction du fragment fut assez laborieuse après la trachéotomie.

A. F. PLICQUE.

**Nouveau procédé pour permettre l'ablation de la canule après certaines trachéotomies**, par NANOTH (*Il Morgagni*), août 1893).

Le malade observé par N. avait été trachéotomisé (cricotrachéotomie) pour une laryngite consécutive à la fièvre typhoïde. Une première tentative pour enlever la canule échoua et l'on dut faire une seconde trachéotomie de la plaie cicatrisée. Cependant le plus gros des tubes de O Dwyer passant sans difficulté, on fit quelque temps après une nouvelle tentative. Dès le troisième jour il fallait remettre la canule. L'obstacle parut être le suivant. Par suite de la disposition de la trachée celle-ci se trouvait faire une sorte d'angle vers la peau, angle qui se prononçait de plus en plus au cours de la cicatrisation et amenait un rétrécissement de plus en plus marqué du canal trachéal. N. eut alors l'idée de fermer la plaie par une opération autoplastique sans attendre la cicatrisation spontanée et le succès fut complet. N. pense qu'on doit songer à cette cause spéciale quand les difficultés de l'ablation de la canule ne s'expliquent pas par une sténose laryngée ou trachéale.

A. F. PLICQUE.

**Deux cas peu ordinaires de trachéotomie**, par C. JENNIGS (*Arch. of. pediatrics*, p. 422, juin 1893).

Obs. I. — Jeune fille de 18 ans ; au cinquième jour d'une scarlatine bénigne au point de vue de l'état général, survient une adénopathie cervicale avec otorrhée gauche ; le huitième jour la tuméfaction cervicale, amygdalienne, épiglottique, est telle que l'asphyxie devient menaçante. Le tubage est tenté sans succès et la respiration s'arrête durant les tentatives répétées. La trachéotomie et la respiration artificielle rappellent la malade à la vie. La malade guérit après l'incision de deux phlegmons profonds du cou, le dixième et le quinzième jour de la maladie.

Obs. II. — Enfant de 5 ans, coqueluche depuis trois semaines, laryngite diphtérique. La trachéotomie présente de grandes difficultés, parce que chaque coup de bistouri provoquait une exacerbation de l'accès de toux de la coqueluche. La toux cesse presque complètement après l'opération et la guérison se fit rapidement ; la toux paroxystique ne revint pas après la suppression de la canule.

M. N. W.

**Sur la rétention des sécrétions chez les trachéotomisés et les intubés**, par HAGENBACH-BURCKHARDT (*Correspond. Blatt für. schweizer Aerzte*, n° 11, 1<sup>er</sup> juillet 1893).

Intéressant mémoire mettant en lumière une cause peu connue de gêne au décanulement : lorsque l'on enlève la canule trachéale, les sécrétions catarrhales s'accumulent dans la trachée et les bronches. Vient-on à ressortir la canule, immédiatement ces sécrétions sont expulsées. L'auteur rapporte trois observations.

Que se passe-t-il avec l'intubation ? Celle-ci gêne encore davantage l'issue des sécrétions et chez une malade trachéotomisée, à trois reprises, trois fois en présence des phénomènes de sténose qui se produisaient après l'ablation de la canule trachéale, on pratiqua l'intubation : chaque fois on vit la fièvre survenir, le catarrhe bronchique augmenter, et une fois où l'on avait tardé à remettre la canule trachéale, se montra un foyer de pneumonie catarrhale.

P. TISSIER.

#### V. — ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE, ETC.

**Note sur le mécanisme de la rumination chez l'homme atteint de myricisme**, par G. LEMOINE et G. LINOSSIER (*Bulletins de la Société de biologie*, p. 339, mars 1893).

Les auteurs ont confirmé par leurs recherches chez l'homme, la théorie du mécanisme de ce phénomène chez les animaux de Chauveau et Toussaint.

Ils ont employé des tracés multiples qui leur ont permis de constater le rôle que jouait dans la production du phénomène la pression intra-thoracique. La rumination chez l'homme comprend 2 périodes :

1° Abaissement du diaphragme, le glotte restant fermée, d'où diminution de la pression intra-thoracique, dilatation de l'œsophage dans lequel entre l'air extérieur, rétraction du thorax sous l'influence de la pression atmosphérique, traction en bas de l'extrémité inférieure de l'œsophage qui avec le pharynx forme alors un conduit rigide.

2° Action des muscles abdominaux et des muscles inspireurs ; les muscles abdominaux compriment l'estomac et provoquent son évacuation, et les muscles inspireurs en dilatant le thorax augmentent encore le vide qui se fait dans la cavité thoracique et aident l'expulsion du bol alimentaire. A. G.

**Œsophagotomie**, par le docteur EISELBERG (*Médecine moderne*, 1<sup>er</sup> juillet 1893).

Chez un petit garçon de 3 ans qui avait avalé de la potasse, il s'était produit un rétrécissement tel que l'enfant ne pouvait rien prendre. La gastrotomie fut pratiquée onze mois plus tard, en juillet 1892 et six mois après le cathétérisme rétrograde tenté ne parvint pas à franchir la stricture.

En décembre on fit une œsophagotomie à la région cervicale, et grâce au chloroforme, après plusieurs tentatives, on réussit à franchir à l'aide d'une fine sonde un pont de muqueuse. Au bout de trois mois on pouvait pratiquer le cathétérisme avec les bougies les plus volumineuses.

F. HELME.

**Traitement du myxœdème par le thyroïdo-éréthisme**, par PONCET (*Bulletin médical*, n° 52, 2 juillet 1893).

M. Poncet, dans un travail publié dans le *Bulletin médical* et analysé dans ces *Annales* (1893) a décrit un procédé nouveau d'intervention dans l'hypertrophie de la glande thyroïde et désigné par lui sous le nom d'exothyropexie.

L'opération consiste à mettre à nu la glande thyroïde, tout en la laissant adhérente aux parties profondes, à l'abandonner entre les lèvres de la plaie et à la panser à plat. Il avait constaté à maintes reprises, qu'à la suite de cette opération, l'état mental (idiotie ou crétinisme) de ses malades s'améliorait considérablement. On lui présenta un jour une fillette de 14 ans atteinte de myxœdème, kleptomane, masturbatrice, bref une dégénérée tant au physique qu'au moral. Il remarqua que le corps thyroïde était chez elle peu développé. Se souvenant de ses exothyropexies, il se demanda si l'action bienfaisante produite sur le système nerveux chez ses précédents malades ne provenait pas de la malaxation de la glande, de son irritation. Partant de cette idée il pratiqua sur l'enfant l'opération suivante. Incision de cinq à six centimètres au niveau du cou; dénudation méthodique de la thyroïde avec le doigt. La glande est ensuite soulevée, on la saupoudre d'iodoforme; enfin on applique un pansement. Au bout de peu de jours, amélioration manifeste dans l'état de la petite malade. Le gonflement myxœdémateux de la face, des mains, des avant-bras, des membres inférieurs, a notablement diminué. Quant à sa cérébralité elle a subi une telle métamorphose que tout le monde dans le service en a été frappé.

Au bout de quelque temps l'état est encore meilleur. La fillette est devenue sage, docile, en même temps qu'elle se développait physiquement. Somme toute « il s'agit là d'une opération innocente » qui peut trouver son indication au début des troubles psychiques qui semblent avoir leur point de départ, soit dans un arrêt de développement, soit dans une insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde.

F. HELME.

**Etude sur les thyroïdites infectieuses**, par JEANSELME (*Arch. gén. de méd.* p. 26, juillet 1893).

C'est surtout à la suite de fièvres typhoïdes que l'auteur a observé ces affections, chez des personnes (surtout des femmes) atteintes d'un goître antérieur.

Le pus cultivé avec toutes les précautions usitées montra la présence du bacille d'Eberth.

L'inoculation à des cobayes provoqua des accidents du côté des organes abdominaux, caractérisés bactériologiquement par la présence du même bacille. L'intérêt de ce mémoire est surtout dans les recherches bactériologiques qui semblent avoir été faites avec le plus grand soin.

Le malade de l'observation qui a servi à faire le mémoire avait 28 ans; cet homme avait contracté un goître dans son pays (Jura français) et c'est à la suite d'une fièvre typhoïde que le goître s'abscéda.

A. G.

**Du cancer de la thyroïde**, par A. PONCET (de Lyon) (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.* n° 27, p. 319, 8 juillet 1893).

Orcel a établi que, trois fois sur quatre, le cancer thyroïdien se développe sur un goître préexistant; P. tenant compte de ses propres observations, va plus loin; il admet « que les tumeurs malignes de la thyroïde ne se développent vraiment que sur de vieux goîtres; aussi l'éventualité toujours menaçante de cette dégénérescence est une indication nouvelle pour la guérison du goître par la méthode sanglante. De même la circoncision met à l'abri du cancer de la verge, qui a une prédilection spéciale pour les vieux phimoses. P. a souvent vu cette transformation du goître se produire à la suite d'une attaque d'influenza, ou à la suite d'une angine; peut-être s'agissait-il là d'une porte ouverte à une infection secondaire.

M. L.

**Des phlegmons ligneux de la région cervicale.** par C. RECLUS  
(*Gaz. des hôp.*, n° 88, p. 833, 3 août 1893).

Dans une leçon clinique, R. attire l'attention sur une variété non décrite, à sa connaissance, de phlegmon ligneux de la région cervicale ; avec les quatre cas qu'il a observés, il en trace une esquisse nosographique.

Deux caractères cardinaux lui appartiennent : dureté ligneuse et évolution lente.

Ce phlegmon se développe au cou, tantôt en avant, tantôt sur les parties latérales ; toujours il occupe une très large surface. D'un rouge vineux, il s'accroît lentement, sans fièvre, sans phénomènes généraux ; chaleur et douleur locale manquent presque totalement. Le plaque rappelle celle du cancer en cuirasse.

Ce n'est qu'au bout de quatre à six semaines qu'arrive la suppuration ; l'œdème se produit, puis se montrent des points fluctuants qui évoluent séparément ou se réunissent en une collection unique.

Ce phlegmon ligneux a la plus grande ressemblance avec une tumeur maligne ; même après que la suppuration s'est produite, on n'ose encore porter un diagnostic ferme ; or, dans la dégénérescence épithéliale de la région cervicale, les collections purulentes ne sont pas rares, dues sans doute à des infections secondaires venues de la bouche. Seule la guérison donne la certitude ; encore se fait-elle attendre plusieurs mois.

Rien de plus obscur que la pathogénie de ce phlegmon, que R. compare aux anthrax plats, à évolution lente, à dureté ligneuse. Dans les faits observés par lui, il s'agissait de vieillards ou d'individus débilités, mais dont l'urine ne présentait cependant ni sucre ni albumine. Dans un seul cas, l'examen bactériologique du pus fut pratiqué ; il ne donna que des renseignements très vagues ; il montra l'absence des microbes habituels de la suppuration et la présence d'un diplocoque, dont le développement sur gélatine et sur agar se fit très lentement et qu'il ne fut pas possible d'identifier.

Des quatre malades observés par R., un seul mourut par œdème de la glotte. Dans les trois autres cas, la guérison fut très longue à obtenir, R. pense qu'on pourrait peut être la hâter par des ponctions multiples au thermocautère.

M. L.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## PAYS-BAS.

## Oreille.

**A. A. G. Guye.** Tendances actuelles de l'otologie. (Discours d'ouverture de la *Société néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

**A. A. G. Guye.** Un cas de situation anormale de l'antre mastoïdien. II. Insufflateur à menthol modifié. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

**A. C. H. Moll.** Insufflations de paraffine dans la caisse du tympan. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

**P. Meyjes.** Opération de Stacke. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

**Huysman.** L'eau froide et les maladies d'oreilles. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

**Zwaardemaker.** Méthode pour vérifier le diapason exact du sifflet de Galton. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

## Larynx et Trachée.

**P. Meyjes.** Traitement de l'aphonie fonctionnelle. (*Nederl. tijdsch. v. Geneesk.*, 9 avril 1892).

**A. Sikkol.** Un cas de papillome du larynx. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

## Nex.

**G. D. Cohen Tervaert.** Un cas de rhinosclérome. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

## Pharynx et Varia.

**D. Doyer.** Appareil pour produire des vapeurs ammoniacales. (*Soc. néerl. d'otol. lar. et rhin.*, Utrecht, 2 juillet 1893).

## ESPAGNE.

## Oreille.

**Delstanohe.** Otorrhée compliquée d'une singulière excroissance charnue de la concavité du pavillon. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juin 1892).

**A. Eitelberg.** De l'influence de la neurasthénie sur les affections de l'oreille moyenne et principalement de l'oreille interne. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juillet 1892).

**S. Szenes.** Sur une complication curative de l'otite moyenne suppurée aiguë. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, août 1892).

**V. Melcior.** Clinique otologique du Dr Suñe y Molist. Nécrose mastoïdienne, opération. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, septembre 1892).

**P. Verdos.** Affections pulmonaires par des lésions de l'oreille, et affections de l'oreille d'origine laryngo-broncho-pulmonaire. (*Rev. de Cienc. med. de Barcelona*, 10 novembre 1892).

**R. Castañeda.** Contribution au grattage de la caisse dans l'otorrhée chronique. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, janvier 1893).

**G. Valledor.** Catarrhe de la trompe d'Eustache droite. Diminution intense de l'ouïe du même côté. Trépanation. Guérison. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, février 1893).

**L. Suñe.** Grippe auriculaire. Obscurités dans le diagnostic. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, février 1893).

**V. Ots Esquerdo.** Etiologie de l'othématome. (*Siglo med.*, 28 avril 1893).

**V. Cozzolino.** Progrès, pronostic et thérapeutique des lésions de l'appareil auditif dus aux études bactériologiques. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, mai 1893).

**J. Anfruns.** Sarcome volumineux suppuré de la caisse, symptômes auditifs dès le début, mort. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, mai 1893).

**G. Gradenigo.** Sur un cas de polyarthrite compliquant une otite moyenne aiguë. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, août 1893).

**A. Eitelberg.** Sur l'extraction du marteau. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, septembre 1893).

**F. Rohrer.** La périostite secondaire de l'apophyse mastoïde. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, septembre 1893).

### Larynx et Trachée.

**M. Rua y Martínez.** La trachéotomie dans le traitement du croup. (*Thèse de Madrid*, 1892).

**J. Bengochea.** Un cas de croup idiopathique. (*Siglo med.*, 24 juillet 1892).

**J. Solis Cohen.** Un cas de laryngectomie. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, août et septembre 1892).

**R. Botey.** Du mutisme et de l'aphonie hystérique. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, septembre 1892).

**J. Roquer Casadesus.** Papillômes multiples chez un enfant de 10 ans. Sténose laryngée. Trachéotomie préventive. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, juillet 1892).

**R. de la Sota y Lastra.** Laryngite lépreuse. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, octobre, novembre et décembre 1892).

**E. Martínez.** Bulletin de laryngologie, rhinologie et otologie de la polyclinique de la Havane. (La Havane, décembre 1892).

**Compalred.** Sur l'arthrite crico-aryténoïdienne aiguë et suraiguë de nature rhumatismale. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, janvier et février 1893).

**D. Rivera.** Croup. Trachéotomie. Guérison. (*Siglo med.*, 12 mars 1893).

**J. Coll y Bofill.** Laryngite sous-muqueuse. (*Gac. med. catal.*, 15 mai 1893).

**J. Cisneros.** 4 cas d'extirpation partielle du larynx. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juin 1893).

**C. Perez Abreu.** Diphtérie laryngo-trachéale. Trachéotomie. Guérison. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, n° 13, 1893).

**C. Hopmann.** Laryngoscope aseptique. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, août 1893).

**J. Coll y Bofill.** Un cas de laryngo-sténose cicatricielle. Traitement au moyen de la sonde de Schrötter. Bons effets du bichromate de potasse. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, juillet 1893).

**R. Botey.** Etudes sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie; pratique et enseignement actuels en Europe, 3<sup>e</sup> fascicule; situation de l'oto-rhino-laryngologie en Allemagne. (Impr. N. Moya, Madrid, 1893).

**C. M. Desvernine.** Etude de symptomatologie laryngée. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 décembre 1893).

### Nez.

**Hopmann.** Polypes muqueux des fosses nasales chez les malades âgés de moins de 15 ans. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juillet 1892).

**W. Tello.** Hygiène et maladies du nez à la portée de tous. (Broch. de 30 pages, impr. M. Moreno, Buenos-Aires, 1892).

**L. Barajas y Gallego.** La galvano-caustique chimique et thermique dans le coryza chronique. (*Rev. de med. y cir. pract.*, 22 août 1892).

**L. Suñe.** Anosmie et kakosmie. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, août 1892).

**J. Plasencia.** Corps étranger de l'antra d'Highmore. (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 20 novembre 1892).

**Verdos** Effets de l'électrolyse dans le traitement des polypes du nez. (*Gac. sanit. de Barcelona*, n° 2, février 1893).

**S. von Stein.** Une nouvelle forme de rhume chronique. Coryza sphenitis vasodilatatoria chronica. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, août 1893).

**J. Gomez.** 2 cas de rhinolithes avec quelques considérations. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, novembre 1893).

### Pharynx et Vario.

**P. M. Galup.** Un cas de coqueluche traité par l'administration du sulfate de quinine. (*Crónica med. de Lima*, juin 1892).

**M. M. Y. Bustamante.** Contribution à l'étude de la coqueluche. (*Siglo med.*, 17 juillet 1892).

**F. Gomez de la Mata.** L'angine granuleuse. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juillet 1893).

**J. Roquer Casadesus.** Hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause d'attaques d'asthme. (*Rev. de lar. otol. y rinol.*, octobre 1892).

**E. Torñu.** Action de la glucose sur le bacille de Loeffler. Un nouveau traitement de la diphtérie. (*Anales del círculo med. argentino*, novembre 1892).

**J. Roquer y Casadesus.** Réflexes dérivant de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, novembre 1892).

**F. C. Romen.** Deux cas de calculs salivaires. (*Siglo med.*, 13 novembre 1892).

**Compañed.** Perturbations et troubles que l'hypertrophie tonsillaire et les adénomes naso-pharyngiens déterminent dans l'organisme chez les enfants. (*Medicina contemporanea*, 21 janvier 1893).

**F. J. Quiñones.** Préparation du phénol sulfo-riciné. (Traitement de la diphtérie). (*Rev. de ciencias med. de la Habana*, 5 février 1893).

**A. Martínez Rebollo.** Un cas d'angine pseudo-membraneuse intermittente. (*Gac. med. de Granada*, 31 janvier 1893).

**M. Marquez.** Prophylaxie de la diphtérie. (*Rev. med. quir. amer.*, avril 1893).

**F. Schiffers.** Syphilis de la tonsille linguale. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juin 1893).

**J. Garel.** Sur quelques cas de tuberculose miliaire aiguë de la gorge. (*Arch. int. de rin. lar. otol.*, juin 1893).

**J. Roquer Casadesus.** Cas rare de corps étranger introduit dans les voies aériennes. (*Rev. de lar. otol. y rin.*, août 1893).

**F. Rueda.** Kyst de l'amygdale. (*Arch. int. de rin lar. otol.*, novembre 1893).

**Pellicer.** La coqueluche et son traitement par le bromoforme. (*Rev. balear de ciencias med.*, 14 octobre 1893).

## SUISSE.

### Oreille.

**Girard.** Le sens de l'orientation chez les grenouilles privées des labyrinthes membraneux. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, décembre 1891).

**Humbert.** De l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe par la méthode agglutinative. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 avril 1892).

**Siebenmann.** Vorstellung einiger operativ geheilter Fälle von Cholesteatom des Mittelohres. (Quelques cas de cholestéatome de l'oreille moyenne guéris par une opération. (*Schweiz Naturforsch. Gesells.*, Bâle, 7 septembre; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre 1892).

**F. Rohrer.** Diaphtérine employée pour le traitement des affections de l'oreille et du nez. (*Corresp. blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> novembre 1892).

**O. Lanz.** Ein Fall von tiefem Hirnabcess. (Un cas d'abcès cérébral profond. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 février et 1<sup>er</sup> mars 1893).

**G. Brunner.** Otoi atrische Erfahrungen. (Connaissances otologiques. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> mars 1893).

**Haralanoff.** Etude clinique de la paracousie de Willis. (*Thèse inaug.*, Genève 1892).

**Jaunin.** Contribution à l'étude des sensations subjectives de l'ouïe. (*Thèse inaug.*, Genève 1892).

**Kaelin.** Rapport sur la statistique des maladies de l'oreille. (*Disser. inaug.*, Zürich, 1892).

**Stamoff.** Recherches cliniques sur le vertige électrique dans les maladies d'oreille. (*Thèse inaug.*, Genève 1892).

**J. L. Reverdin et F. Buscarlet.** Tumeur astroïde du pavillon de l'oreille. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, novembre 1892).

### Larynx et Trachée.

**Dubler.** Der Halsorgane von einem 8 monatlichen Knabe mit Leptothryx mycose des Larynx, Pharynx und Oesophagus. (Organes du cou d'un enfant de 8 mois atteint de mycosis leptothrixique du larynx, du pharynx et de l'œsophage. (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 11 juin 1891; *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> février 1892).

**J. Hartmann.** Ueber Behebung der Larynxstenose nach Dr O'Dwyer's Intubations methode. (Traitement des sténoses du larynx par la méthode d'intubation de O'Dwyer. *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 février 1892).

**C. Schlatter.** Trachéotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtérieischen larynxstenose. (Trachéotomie et intubation dans le traitement des sténoses laryngées diphtéritiques. *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> et 15 mars 1892).

**Ost.** Un cas d'aphasie. (*Med. pharm. Bezirksverein*, Berne, décembre 1891; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mars 1892).

**T. Heusser.** Spulwurm in der trachea. Plötzlicher tod. (Ascaride dans la trachée. Mort subite. *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juillet 1892).

**G. Boer.** Nouveaux instruments pour l'intubation. (*Gesellsch. der Aerzte des Kantons Zürich*, 17 mai; in *Corresp. Blatt. schweizer Aerzte*, 15 novembre 1892).

**Socin.** Geheiltep Larynx carcinom. (Cancer du larynx guéri. (*Med. Gesells der Stadt Basel*, 19 mai 1892; in *Corresp. blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> mars 1893).

**E. Hagenbach Burckhardt.** Ueber Retention der secrete bei tracheotomirten und intubirten. (Sur la rétention de la sécrétion chez les trachéotomisés et chez les intubés. *Corresp. blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> juin 1893).

**Photiadès et Ed. Lardy.** I. Cancroïde de la corne gauche, laryngotomie, extirpation, guérison. II. Destruction partielle de la trachée et rétrécissement du calibre trachéal sur toute son étendue, plastique trachéo-laryngée, guérison. (*Rev. méd. de la Suisse romande*. XII, p. 44).

#### Nex.

**Suchannek.** Beiträge zur Rhinopathologie. (Contributions à la rhino-pathologie). I. Fibroma ependulum septi narium. (Fibrome flottant de la cloison). II. Doppelseitige angeborne knöcherne Choanalstenose. (Sténose osseuse congénitale bilatérale des choanes). III. Demonstration eines Präparat von echten schwellgewebe am septum narium. Présentation d'une coupe de tissu érectile véritable de la cloison). IV. Démonstration eines 5 millim. in Durchmesser haltenden Trépans. (Présentation d'un trépan ayant 5 mm. de diamètre). V. Démonstration von eigenthümlich geblachten hypertrophischen ganz leicht gekörnten und pigmentirten Drüsenzellen. Présentation de glandes cellulaires particulièrement hypertrophiées et très légèrement granuleuses et pigmentées. VI. Demonstration von Zeichnungen und Photographien von Ozäna vera. (Présentation de dessins et de photographies d'ozène vrai. (*Gesells der Aerzte des Cantons Zürich*, 17 novembre 1891; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> avril 1892).

**L. Secrétan et H. Stilling.** Note sur un cas de rhinosclérome. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, mars 1892).

**Valentin.** Zur Physiologie und Pathologie der Geruchsempfindungen. (Physiologie et pathologie des sensations olfactives. (*Med. pharm. bezirksverein Berne*, 7 juin 1892; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> janvier 1893).

**Repp.** Empyème de l'antre d'Highmore. (*Dissert. inaug.*, Zürich, 1892).

**Suchannek.** Ueber « ulcus septi narium simplex perfor. » (non specificum) und perichondritis acuta « serosa » und « suppurativa. » (Ulçère simple perforant de la cloison nasale (non spécifique) et péri-chondrite aiguë séreuse et suppurée de la cloison). (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1893).

**Pharynx et Varla.**

**Dubler.** Phlegmon infectieux aigu du pharynx. (*Med. Gesell. der Stadt Basel*, 11 juin 1891; *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> février 1892).

**T. Kocher.** Das Oesophagus divertikel und dessen Behandlung (traitement du diverticule de l'œsophage. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1892).

**Born.** Ueber Strumenverbreitung in Argentinien und Chile (goltres au Chili et dans la République Argentine. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1892).

**Tavel.** Ueber die Aetiologie der Strumitis. ein Beitrag zur Lehre von den haematogenen Infectionen. (Sur l'étiologie du goltre. Contribution à l'étude des infections hémato-gènes. Un vol. de 199 pages avec 15 gravures sur bois et 8 courbes de température, C. Sallmann, éditeur, Bâle, 1892).

**G. Rheiner.** Ueber den statistischen Werth der Diphteritis-diagnose (Sur la valeur statistique du diagnostic de la diphtérie. *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juillet 1892).

**Martin.** La diphtérie à la maison des Enfants malades. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 7, 1892).

**H. Maillart.** La diphtérie à l'hôpital cantonal de Genève du 1<sup>er</sup> janvier 1890 au 1<sup>er</sup> avril 1892. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 7, 1892).

**Cristiani.** Recherches sur la glande thyroïde du rat. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 novembre 1892).

**Reverdin et Buscarlot.** Macroglossie consécutive à un angiome. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 novembre 1892).

**J. L. Reverdin.** Incision des abcès rétro-pharyngiens. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, novembre 1893).

**E. Feer.** Echte Diphterie ohne Membranbildung unter dem Bilde der einfachen catarrhalischen Angina. (Diphtérie vraie sans formation de membranes ayant l'apparence de l'angine catarrhale simple. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1893).

**E. Fischer.** Fremdkörper in den Bronchien. (Corps étrangers des bronches. *Corresp. f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> mai 1893).

**D'Espine et de Marignac.** Streptocoques des angines aiguës non diphtéritiques. (*V. allg. schweizer Aerztetag in Berne*, 27 mai; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juillet 1893).

**GRÈCE.****Larynx et Trachée.**

**Demetriadès.** Cas mortel de laryngite aiguë de nature douteuse chez un enfant. (*Galenos* nos 24, 25, 1893).

**Nes.**

**E. Joannon.** Sur un cas rare de rhinosclérome qui s'étendit jusque dans les orbites. (*Bull. méd. et pharm. Athènes*, décembre 1891).

## CANADA.

## Oreille.

**A. A. Foucher.** Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles du nez et du pharynx. (In 8° de 500 pages, Montréal, 1893).

## Nez.

**C. Laviolette.** Des affections du nez comme causes fréquentes de l'asthme. (*Union méd. du Canada*, novembre 1893).

**Foucher.** Végétations du pharynx nasal. (*Union méd. du Canada*, mars 1892).

**H. M. Duhamel.** Contribution au traitement de l'épistaxis. (*Union méd. du Canada*, avril 1893).

## Pharynx et Varla.

**H. S. Drayton.** La toux de gorge. (*Gaz. méd. de Montréal*, mai 1892).

**H. M. Duhamel.** Bourse pharyngée. (*Union méd. du Canada*, mars et avril 1893).

## RUSSIE.

## Oreille.

**Guranowski.** Corps étrangers de l'oreille. (*Medycyna*, nos 8,9 et 10, 1892).

**Chaniavsky.** Dermatol contre l'otorrhée purulente. (*Med. obszv.*, n° 10, 1892).

**S. von Stein.** Etude sur les fonctions de chaque partie du labyrinthe. (*Moscou*, 1892).

## Larynx et Trachée.

**Lubliner.** Sténose trachéale d'origine syphilitique. (*Medycyna*, nos 13, 15, 1892).

**Illine.** La laryngite syphilitique, traitement par les insufflations de calomel. (*Med. obozr.*, n° 6, 1892).

**Oltuszewski.** Troubles de la parole. (*Medycyna*, nos 31 et 32, 1892).

**Lubliner.** Adénome du larynx. (*Medycyna*, n° 28, 1892).

**L. Krause.** 200 opérations de trachéotomie dans le croup et la diphtérie chez les enfants. (*Gaz. lekarska*, nos 23, 26, 1892).

**S. Momidowski.** Sur l'intubation dans le croup. (*Przeglad lekarski*, nos 22, 25, 1892).

**Simanowsky.** De l'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale. (*Vratch*, 6 mai 1893).

**T. Heryng.** Guérison d'un cas de tuberculose du larynx. (*Gaz lekarska*, n° 31, 1892).

## Nez.

**T. Heryng.** Electrolyse : ses applications dans les affections du nez, de la gorge et du larynx. (*Przeglad lekarski*, nos 1, 2, 7, 8, 11, 12 et 13, 1892).

**Srebrny et Buywid.** Un cas de rhinosclérome. (*Nowing lekarskie*, n° 3, 1892).

**Sokolowski.** Relation des tumeurs post-nasales avec l'énurésie nocturne. (*Gaz. lekarska*, n° 4, 1892).

**Heryng et Rajchman.** Sur l'application de l'éclairage par transparence à l'examen des cavités et organes du corps humain. (*Gaz. lekarska*, Nos 9 et 10, 1892).

**Krassin.** Cas de rhinoplastie. (*Vratch.*, n° 2, 1892).

**J. Sendziak.** Quelques remarques sur l'application de la galvanocauté aux affections du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles. (*Kron. lekarska*, nos 5 et 6, 1892).

**Stepanow.** Anatomie et histologie pathologique du rhinosclérome. (*Med. obozr.*, n° 20, 1892).

**Otto.** De l'ulcère perforant de la cloison. (*St Petersburg. med. Wooh.*, n° 46, 1892).

**T. Heryng.** Tuberculose de la muqueuse nasale. (*Medycyna*, nos 38, 39, 42 et 44, 1892).

**Wroblewski.** Application de la teinture d'iode dans les affections du nez et de la gorge. (*Gaz. lekarska*, n° 10, 1893).

**J. Jaworski.** Contribution à l'étiologie et au traitement du coryza chez les nourrissons. (*Kron. lekarska*, n° 7, 1892).

### Pharynx et Varia.

**T. Heryng.** Ulcérations bénignes du pharynx. (*Gaz. lekarska*, nos 7 et 8, 1892).

**J. P. Lang.** Tumeurs bénignes de la langue. (*Khirurg. Letopis*, n° 3, 1892).

**Woblewski.** Contribution à la pathologie et au traitement de l'amygdale linguale. (*Gaz. lekarska*, nos 12, 13 et 14, 1892).

**T. Heryng.** Pemphigus de la membrane muqueuse du pharynx et du larynx. (*Nowing lekarskie*, n° 5, 1892).

**Ozegowski.** Une méthode de traitement de la diphtérie. (*Nowing lekarskie*, n° 3, 1892).

**Krowczyński.** Myxœdème. (*Medycyna*, n° 9, 1892).

**Vladmirow.** Contribution à la statistique de la coqueluche. (*Med. obozr.*, n° 13, 1892).

**Sabalotski.** Tumeurs tuberculeuses de la langue. (*Med. obozr.*, n° 6, 1892).

**Wolberg.** Contribution clinique à l'étiologie et à la durée de la période d'incubation de l'angine folliculaire chez les enfants. (*Gaz. lekarska*, n° 43; 1892).

**T. Heryng.** Hypertrophie des amygdales; traitement opératoire. (*Gaz. lekarska*, nos 41, 43, 1892).

**Sendziak.** Un cas d'angine ulcéreuse bénigne. (*Przegląd lekarski*, n° 28, 1892).

**Mintz.** Diverticule de l'œsophage. (*Medycyna*, n° 29, 1892).

**A. N. Kazem-Bek.** Sur le traitement de la malaria et de la diphtérie par le bleu de méthylène. (*Vratch.* nos 23, 27, 1893).

**Stcherback.** Des altérations du système nerveux par le virus de la diphtérie, des paralysies diphtériques. (*Vratch.*, 6 mai 1893).

## SCANDINAVIE.

## Oreille.

**Ad. Levy.** Compte rendu de la clinique des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, de l'hôpital militaire de Copenhague de 1888 à 1890. (*Hospitals tidende*, p. 152, 1892).

**E. Schmiegelow.** Contribution au traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne, et spécialement des suppurations de l'attique tympanique. (*Ugeskrift for Læger*, nos 22 et 24, 1892).

**J. G. Rissler.** Complications intracrâniennes des otites moyennes purulentes. (*Hygiea*, mai et juin 1893).

**J. Borellus.** Deux cas d'abcès cérébraux (lobes temporaux) consécutifs à une otite. (*Hygiea*, juin 1893).

**H. Daae.** Sur l'audition double (diplacousie). (*Norsk. mag. f. lægevid.* juin 1893).

## Larynx et Trachée.

**A. Thomson.** 82 cas de croup traités au « Amts Ygehus » de Copenhague pendant l'année 1891. (*Hospitals tidende*, p. 137, 1892).

**Storm Bull.** Etudes sur l'étiologie du spasme de la glotte. (*Norsk. mag. for lægevid.* juillet 1892).

**Forum-Jensen.** 44 cas de croup. (*Ugeskrift for lægevid.* p. 303, 1892).

**Schulten.** Contribution à l'étude des tumeurs malignes du larynx. (*Finska läkares Handlingar*, Vol. 33 p. 614).

**Edgren.** Cas de bronchite, trachéite ou laryngite croupale diphtérique. (*Hygiea*, 1892).

## Nez.

**E. Stangenberg.** Sur l'empyème chronique de l'antre d'Highmore. (*Hygiea*, janvier 1893).

## Pharynx et Varia.

**E. Welander.** Un cas de rétrécissement syphilitique du pharynx. (*Hygiea*, mai 1892).

**A. Thomsen.** 367 cas de diphtérie traités au « Amts Ygehus » de Copenhague pendant l'année 1890-91. (*Hospitals tidende*, p. 393, 1892).

**Fibiger.** Le diagnostic bactériologique de la diphtérie d'après Roux et Yersin. (*Compte-rendu de la Soc. de med. de Copenhague*, 1892).

**J. Salomonson.** Quelques rapports casuistiques à propos d'une communication de Fibiger sur le diagnostic de la diphtérie. (*Compte-rendu de la Soc. de méd. de Copenhague*, 1892).

**A. O. Lindfors.** Cas de gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage. (*Hygiea*, juin 1892).

**S. A. Pfannenstill.** Un cas de diphtérie propagée aux ventricules. (*Hygiea*, juillet 1892).

**F. Howitz.** Contribution au traitement du myxœdème. (*Scot. de med. skand. naturforsk.* Copenhague, 4 juillet; in *Hygiea* juillet 1892).

**Medin.** Le traitement de la diphtérie. (*Eira*, n° 9, 1892).

**Toblessen.** Persistance du bacille de Löffler dans le pharynx après la guérison de la diphtérie. (*Nord. med. arkiv*, fasc. 1892).

**J. C. Edgren.** 20 cas de diphtérie. (*Hygiea*, février 1893).

**C. Janson.** 100 cas d'angine pseudo-membraneuse renfermant la bacille de la diphtérie. Klebs-Löffler (*Hygiea*, avril 1893).

**Baarkn-Jelm.** Un cas d'érysipèle du pharynx. (*Upsala laekar. foerh.*, Bd. XXVII, p. 448).

## NOUVELLES

Le *Congrès de Médecins et Chirugiens américains* se tiendra à Washington les 29, 30 et 31 mai et 1<sup>er</sup> juin 1894, sous la présidence du Dr R. L. LOOMIS, de New-York. Parmi les vice-présidents se trouvent le Dr GORHAM BACON (New-York), président de la Société d'otologie américaine, et le Dr. D. BRYSON DELAVAN, président de l'Association américaine.

L'*Association laryngologique américaine* a proposé pour sujet de discussion : la *chirurgie des sinus accessoires du nez*. Sont inscrits pour la discussion : les Drs J. SOLIS COHEN, professeur de laryngologie à Jefferson medical college, Philadelphie; F. J. KNIGHT, professeur à l'Ecole de médecine de Harvard; G. M. LEFFERTS, professeur de laryngologie et des maladies de la gorge au Collège des Médecins et Chirugiens de New-York; F. H. BOSWORTH, professeur des maladies de la gorge à Belleone hospital medical College; W. C. GLASGOW, de Saint-Louis, et E. F. INGALS, de Chicago.

La *Société américaine d'otologie* sera représentée par le Dr. W. H. CARMALT (New-Haven); F. B. LORING (Washington); S. O. RICHEY (Washington); et l'*Association laryngologique américaine*, par les Drs F. H. BOSWORTH (New-York); F. H. BRYAN (Washington), et T. MORRIS MURRAY (Washington).

## XI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME

Le XI<sup>e</sup> Congrès a été inauguré jeudi matin 29 mars en présence de S. M. le roi d'Italie.

**Programme de la semaine du Congrès:** Mercredi 28 mars, inauguration du congrès de médecine et d'hygiène. — Jeudi, 29 mars, ouverture du congrès et élection des bureaux. — Vendredi, 30 mars, de 8 heures à 3 heures séances de sections; 4 heures, première séance plénière, conférences. — Samedi, 31 mars, même programme que la veille. — Dimanche, 1<sup>er</sup> avril, laissé libre pour les excursions aux châteaux romains. — Lundi, 2 et mardi, 3 avril, séances de sections et conférences. — Mercredi, 4 avril, clôture des travaux des sections, le soir banquets des sections. — Jeudi, 5 avril, séance de clôture.

**Fêtes.** Le soir du 28 mars, réception offerte par le comité d'organisation aux Congressistes et à leurs familles au palais de l'exposition de médecine et d'hygiène, puis une grande réception organisée par la municipalité, au Capitole, une illumination de la promenade archéologique, un lunch aux Termes de Caracalla.

### Questions à l'ordre du jour de la section. (laryngologie).

Conférence d'ouverture : F. MASSEI (Naples).

1<sup>o</sup> *Pachydermie du larynx*. Rapporteurs : B. FRAENKEL (Berlin) et O. CHIARI. (Vienne).

*Indications et moyens thérapeutiques locaux dans la tuberculose du larynx*. Rapporteurs : HERYNG (Varsovie), LENNOX BROWNE (Londres) et GOUQUENHEIM (Paris).

3<sup>o</sup> *Intubation du larynx chez les adultes*. Rapporteurs : LEFFERTS (New-York) et SCHMIEGELOW (Copenhague).

4<sup>o</sup> *Innervation motrice du larynx*. Rapporteurs : ONODI (Budapest) et MASINI (Gênes).

5<sup>o</sup> *Comparaison entre l'électrolyse et d'autres moyens chirurgicaux dans le traitement des déviations et des épérons de la cloison osseuse et cartilagineuse du nez*. Rapporteurs : MOURE (Bordeaux) et HARTMANN (Berlin).

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 2 mars :

Le cholestéatome de l'oreille; par LICHTWITZ et SABRAZÈS.

Le 62<sup>e</sup> congrès annuel de la *British medical association* se réunira à Bristol du 31 juillet au 3 août 1894.

Le Comité de la Section de *laryngologie et d'otologie* est composé ainsi qu'il suit :

*Président* : P. M. BRIDE. — *Vice-présidents* : W. H. HARSANT BARCLAY, BARON. *Secrétaires honoraires* : P. WATSON WILLIAM, 2 Lansdown place, Victoria Square ; CLIFTON, Bristol ; W. MILLEGAN, 28 St John Street ; DEANS GATE, Manchester.

La *Société allemande d'otologie* se réunira à Bonn les 12 et 13 mai 1894, sous la présidence du Prof. J. KESSEL (Iena), Dr R. BURKNER (Goettingue) secrétaire.

Un congrès international des bains de mer et d'hydrothérapie marine se tiendra à Boulogne-sur-mer du 25 au 29 juillet 1894 sous le patronage du Prof. VERNEUIL.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÂBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLAYCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Utilisation du courant de la rue par un nouveau moteur dynamo combiné à une installation électrique de cabinet par A. W. DE ROALDÈS (Extrait des *Arch. d'électric. méd. experim. et clin.*, 1893).

Le service électrothérapique à l'hôpital de la Nouvelle Orléans, destiné au traitement des maladies des yeux, du nez et de la gorge, par A. W. DE ROALDÈS et W. SHEPHERGELL (Extrait de la *Revue intern. d'électrothér.*, 1893).

Nochmals die Durchleuchtung der Kiefer und Stirnhöhle. (Encore l'éclairage par transparence des sinus maxillaire et frontal), par C. ZIEM (Tirage à part du *Monatschr. für Ohrenheilk.* n° 12, 1893).

Grundriss der Sprachstörungen, deren Ursache, Verlauf und Behandlung. Eléments des troubles de la parole, leur origine, leur marche et leur traitement, par L. TREITEL (Broch. de 100 pages, A. Hirschwald, éditeur, Berlin 1894).

Pathological conditions following piercing of the lobules of the ear (Accidents consécutifs au perçement du lobule de l'oreille), par M. THORNER (Extrait du *Journ. of the amer med. ass.* 27 janvier 1894).

Congenital occlusion of posterior naris, relieved by opération (Occlusion congénitale des fosses nasales postérieures, guérie par une opération, par E. CRESSWELL BABER (Proceedings of the laryngol. Soc. Of London vol. I n° 4).

Cases of alarming epistaxis of grippal origin and dangers of post nasal plugging (Cas alarmants d'épistaxis d'origine grippale et dangers du tamponnement post-nasal), par A. W. DE ROALDÈS (Extrait du *N. Y. med. record.*, 14 octobre 1893).

La pratique journalière de la chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Aide mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par P. LEFERT (In-18 de 324 pages, prix 3 frs. J. B. Baillière, éditeurs, Paris, 1894).

Des fissures palatines au point de vue orthophonique, par CHERVIN (Extrait de la *Voix parlée et chantée*, Décembre 1893).

Amygdalite lacunaire caséuse de nature tuberculeuse (foyer primitif), par SACAZE (Extrait des *Arch. gén. de méd.*, janvier 1894).

L'otite moyenne aiguë et son traitement basé sur les récentes recherches bactériologiques, par C. CORRADI (Broch. de 63 pages, prix 1 fr. Gozzo et Cabanca, éditeurs, Vérone, 1894).

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. Cinquième partie. *Des maladies de l'oreille moyenne*, par C. MIOT et J. BARATOUX (In-8° de 744 pages, avec 61 figures intercalées dans le texte, prix 5 frs. L. Bataille et C<sup>ie</sup> éditeurs, Paris 1894).

Conséquences de l'ignorance des affections auriculaires. Hygiène de l'oreille, par C. COMPAIRED (Broch. de 16 pages, imprimerie F. Sanchez, Barcelone, 1893).

Troubles de l'organisme infantile provoqués par l'hypertrophie tonsillaire et les adénomes naso-pharyngiens, par C. COMPAIRED (Extrait de la *Rev. de laryngol.*, Tome VIII, 1893).

Traitement de l'angine et de la laryngite diphtéritiques, par A. ROMAIN (Broch. de 15 pages, imprimerie E. Jourand, Brest, 1894).

Supplément au catalogue d'instruments et d'appareils pour les maladies de la gorge, du nez, du pharynx et de l'oreille, de H. Pfau (67 Dorotheenstrasse, Berlin 1894).

A new tongue, depressor and an ear screw for the removal of foreign bodies (Un nouvel abaisse-langue et un crochet pour l'extraction des corps étrangers de l'oreille, par L. J. LAUTENBACH (Extrait du *Méd. news*, 27 janvier 1894).

Le Gérant : G. MASSON.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie DESTENAY, BUSSTIÈRE FRÈRES.

